

Aus dem Institut für Rechtsmedizin
der Ludwig-Maximilians-Universität München

Vorstand: Prof. Dr. med. Matthias Graw

**Rechtsmedizinische Begutachtung wegen Verdacht auf Behandlungsfehler im
Bereich der Inneren Medizin, der Allgemeinmedizin und des nicht-ärztlichen
medizinischen Personals im Zeitraum 2000 bis 2007**

Dissertation
zum Erwerb des Doktorgrades der Medizin
an der Medizinischen Fakultät der
Ludwig-Maximilians-Universität zu München

vorgelegt von

Jan Bellmann
aus
Heilbronn

2018

Mit Genehmigung der Medizinischen Fakultät
der Universität München

Berichterstatter: Prof. Dr. Matthias Graw

Mitberichterstatter: PD Dr. Stefanie Heinze

Dekan: Prof. Dr. med. dent. Reinhard Hickel

Tag der mündlichen Prüfung: 17.05.2018

Inhaltsverzeichnis

	<u>Seite</u>
1. Einleitung	1
2. Rechtliche Grundlagen	6
2.1. Definition des Behandlungsfehlers	7
2.2. Grundtypen des Behandlungsfehlers	8
2.3. Zivilrecht	8
2.4. Strafrecht	9
2.5. Fahrlässige Körperverletzung	10
2.6. Fahrlässige Tötung	10
2.7. Unterlassene Hilfeleistung	11
2.8. Beweislast	11
2.9. Kausalität	12
2.9.1. Kausalität im Strafrecht	12
2.9.2. Kausalität im Zivilrecht	12
2.9.3. Abbrechen der Kausalität bzw. überholende Kausalität	13
2.10. Verschulden	13
3. Material und Methode	14
4. Ergebnisse	20
4.1. Rechtsmedizinische Gutachten	20
4.1.1. Anzahl der Erstgutachten	20
4.1.2. Anzahl weiterer Gutachten zu einem Verfahren	21
4.1.3. Verteilung der Adressaten des Behandlungsfehlervorwurfs auf die einzelnen medizinischen Fachgebiete	22
4.1.4. Dauer der Verfahren	25
4.1.5. Ergebnis der Begutachtung	26

4.1.6.	Sektionen, differenziert nach der Fachrichtung, in der das unerwünschte Ereignis stattfand und deren Bedeutung für den Fortgang des Verfahrens.....	29
4.1.7.	Ausgang der Verfahren mit Gerichtsurteilen	30
4.1.8.	Eckdaten der Adressaten des Behandlungsfehlervorwurfs	32
4.1.8.1.	Alter und Geschlecht	32
4.1.8.2.	Beschäftigungsverhältnis	35
4.1.8.3.	Position	38
4.1.9.	Eckdaten des betroffenen Patientenkollektivs.....	38
4.1.10.	Anlass der Verfahren.....	40
4.1.11.	Differenzierung der Verdachtsmomente wegen Behandlungsfehlern.....	42
4.1.11.1.	Aufteilung in Zivil- und Strafrecht	42
4.1.11.2.	Verteilung der Verdachtsmomente fahrlässige Körperverletzung und fahrlässige Tötung	43
4.1.11.3.	Differenzierung der zu beurteilenden Behandlungsfehlertypen	45
4.1.12.	Verteilung des Fallmaterials auf Krankenhäuser und Pflegeeinrichtungen unter Anführung ihrer jeweiligen Träger und Versorgungsstufen	57
4.2.	Sektionsprotokolle	60
4.2.1.	Anzahl der gerichtlichen Leichenöffnungen	60
4.2.2.	Alter und Geschlecht der Verstorbenen	61
4.2.3.	Verteilung der Sektionen auf die medizinischen Fachgebiete, in denen das unerwünschte Ereignis stattfand.....	61
4.2.4.	Bedeutung der Sektion für den Fortgang des Verfahrens	62
4.2.5.	Differenzierung der zu beurteilenden Behandlungsfehlertypen.....	63
4.2.6.	Todesursachen	65
5.	Kasuistiken.....	67
5.1.	Innere Medizin	67
5.2.	Allgemeinmedizin/Hausarzt.....	74
5.3.	Nicht-ärztliches medizinisches Personal.....	84

6. Diskussion	100
6.1. Entwicklung der Gutachtertätigkeit	100
6.2. Den Gutachten vorgeschaltete Sektionen und deren Bedeutung für den Fortgang des Verfahrens	105
6.3. Alter und Geschlecht der Adressaten des Behandlungsfehlervorwurfs	107
6.4. Beschäftigungsverhältnis	109
6.5. Position der Adressaten des Behandlungsfehlervorwurfs	111
6.6. Betroffene Krankenhäuser und Pflegeeinrichtungen	111
6.7. Anlass der Verfahren und Darstellung der zu beurteilenden Behandlungs- fehlertypen in den einzelnen Fachrichtungen	114
6.7.1. Innere Medizin	118
6.7.2. Allgemeinmedizin	122
6.7.3. Nicht-ärztliches medizinisches Personal	126
6.8. Beurteilung der Behandlungsfehlervorwürfe	132
6.9. Gründe für die Zunahme der Gutachtertätigkeit	135
6.10. Fälle der Sektionsprotokolle	137
6.11. Ausblick und Umgang mit Behandlungsfehlern	139
7. Zusammenfassung	144
8. Literaturverzeichnis	146
9. Anhang	154
9.1. Datenerhebungsbögen	154
9.1.1. Gutachten	154
9.1.2. Gerichtliche Leichenöffnungen	161
9.2. Tabellen und Abbildungen	163
9.3. Gesetzgebungen mit medizinrechtlicher Relevanz	212
10. Danksagung	213

1. Einleitung

Errare humanum est. Da Irren menschlich ist und Ärzte auch nur Menschen sind, lassen sich Fehler auch bei einer medizinischen Behandlung niemals vollständig vermeiden (Kohn et al. 1999). Die Auseinandersetzung mit ärztlichen Behandlungsfehlern hat eine lange Tradition und Geschichte. So wurde eine missglückte ärztliche Behandlung bereits ca. 1700 v. Chr. in dem von König Hammurapi geschaffenen Rechtsbuch erwähnt, wonach „dem Arzt die Hände abgeschlagen werden sollen, durch dessen Operationsmesser jemand zu Tode kommt“ (Diepgen 1949).

Die Peinliche Halsgerichtsordnung Kaiser Karls V. von 1532 enthielt bereits einen eigenen Paragraphen, der dem ärztlichen Kunstfehler und seinem Beweis gewidmet war. Dieser Paragraph umfasste die auch heute noch bei Behandlungsfehlern gültigen Begriffe Fahrlässigkeit, Kausalität, Sachverständigenbeweis und Übernahmeverschulden (Radbruch 1967).

Der päpstliche Leibarzt Paolo Zacchia stellte ärztliches Fehlverhalten in der medizinischen Literatur in seinem dreibändigen Werk „Quaestionum Medico – Legalium cura 1621–1635“ ausführlich dar (Zacchia 1737).

Im deutschsprachigen Raum erschien die erste umfangreichere Literatur zum Thema 1797 mit dem Werk „Vollständiges System der gerichtlichen Arzneikunde“ von Christian Fahner, Königlicher Landphysikus der Grafschaft Hohenstein im 2. Band des „Handbuchs für Richter und gerichtliche Ärzte“ (Fahner 1797).

Rudolf Virchow leitete 1870 mit seiner vorgeschlagenen Änderung des damaligen § 198 des Strafgesetzbuches die Geburtsstunde des damaligen „Kunstfehlers“ ein und unternahm zugleich den Versuch einer ersten Definition des Begriffes: „Approbierte Medizinal-Personen, welche in Ausübung ihres Berufes aus Mangel an gehöriger Aufmerksamkeit oder Vorsicht und zuwider allgemein anerkannter Regeln der Heilkunst, durch ihre Handlungen oder Unterlassungen die Gesundheit eines ihrer Behandlung übergebenen Menschen beschädigt haben, sollen bestraft werden“ (Aktenstücke des Reichstags des Norddeutschen Bundes 1870, zit. nach Dettmeyer 2006). Heute hat sich in der modernen Rechtsprechung der Begriff des Behandlungsfehlers durchgesetzt, der sich in einer Verletzung der ärztlichen Sorgfaltspflicht begründet (Imhof 2010). Er wird verstanden als jedes ärztliche Verhalten, das gegen den aktuellen medizinischen Standard verstößt (Dettmeyer et al. 2007).

Auch in unserer Zeit sorgen ärztliche Fehler in den Medien immer wieder für Schlagzeilen. Besonders spektakuläre Fälle, wie ein nach einer Operation vergessener Spatel im Bauch des Patienten, werden gern publikumswirksam öffentlich ausgebreitet.

Ebenso geben die veröffentlichten Zahlen zu Behandlungsfehlern immer wieder Anlass zu Diskussionen (z.B. Eissler 2014). So soll sich die Zahl der Obduktionen in Folge von behaupteten Behandlungsfehlern mit Todesfolge, im Zeitraum von 1990–2000, laut einer Studie des Bundesministeriums für Gesundheit und Soziale Sicherheit (BMGS), nahezu verdoppelt haben (Preuß et al. 2005). Die Zahl von Anträgen bei den ärztlichen Schlichtungsstellen und Gutachterkommissionen in Deutschland hat sich von 2.258 im Jahre 1981 auf 10.887 im Jahre 2002 erhöht (Neu 2003). Die Medizinischen Dienste der Krankenversicherung fertigten im Jahr 2013 etwa 14.600 Gutachten zu einem vermuteten Behandlungsfehler an, was einem Zuwachs von etwa 2.000 Gutachten (17%) im Vergleich zum Vorjahr entspricht. Dabei sank die Zahl der tatsächlich festgestellten Fehler allerdings von 3.900 auf knapp 3.700 (MDK 2014). Für einen Wandel im Umgang mit Behandlungsfehlern sorgte auch ein im Jahr 2000 erschienener Bericht des US-amerikanischen Institute of Medicine, wonach in den USA die Zahl der iatrogenen Todesfälle jährlich zwischen 44.000 und 98.000 liegen soll. Damit würden medizinische Behandlungsfehler bzw. unerwünschte Ereignisse zu den 10 häufigsten Todesursachen zählen. Es wäre damit wahrscheinlicher an den Folgen einer ärztlichen Behandlung zu sterben als an Brustkrebs, AIDS oder an einem Verkehrsunfall. 3–38% der hospitalisierten Patienten seien von iatrogenen Verletzungen oder Krankheiten betroffen. Dem Gesundheitswesen der USA würden dadurch jährlich 13 bis 29 Milliarden Dollar an Kosten entstehen (Kohn et al. 1999).

Bei Übertragung der Daten dieser amerikanischen Studie auf Deutschland würden 30.000–80.000 Todesfälle jährlich durch Ärzte verursacht werden (Madea und Dettmeyer 2006). Danach würden auch in Deutschland mehr Patienten an den Folgen medizinischer Behandlungsfehler sterben als z.B. an Kolonkarzinomen, Mammakarzinomen oder Verkehrsunfällen (Madea 2009). Bei etwa 5–10% aller Behandlungsfälle im Krankenhaus sollen unerwünschte Ereignisse auftreten. In 2–4% dieser Fälle soll es sich um fehlerbedingte Ereignisse handeln (Aktionsbündnis Patientensicherheit 2006). Am Institut für Rechtsmedizin des Universitätsklinikums Schleswig-Holstein sollen 2007 und 2008 etwa 20% aller gerichtlichen Leichenöffnungen wegen des Verdachts auf eine fehlerhafte Behandlung durchgeführt worden sein (Meißner und Kaatsch 2009).

Die Dunkelziffer tatsächlicher Behandlungsfehler im ärztlichen Alltag könnte noch höher liegen. So wurden in einer 1997 publizierten amerikanischen Studie an einer chirurgischen Abteilung bei fast 50% aller behandelten Patienten Fehlentscheidungen bzw. Fehlbehandlungen festgestellt, darunter 18% gravierende Fehler. Klagen hatte es aber nur bei 1,2% der Patienten gegeben (Andrews et al. 1997).

Die AOK schätzt die Zahl der Behandlungsfehler in Deutschland auf bis zu 400.000 pro Jahr (Dettmeyer 2006), die Anzahl der Toten im Krankenhaus aufgrund von Behandlungsfehlern jährlich auf 18.800 (AOK 2014). Die Anzahl der Verfahren auf Grund von Behandlungsfehlern liegt nach Schätzungen des Robert-Koch-Instituts bei etwa 40.000 jährlich. Allerdings beträgt die tatsächliche allgemeine Behandlungsfehlerquote dabei nur 30% (Hansis und Hart 2001).

Dies hat auch ökonomische Auswirkungen. Während die Haftpflichtversicherer von Krankenhäusern im Jahre 1991 noch etwa 80 Millionen Euro für Arzthaftpflichtschäden aufgewendet haben, betrug die Summe im Jahre 1994 bereits ca. 210 Millionen Euro. Bis zum Jahre 2003 erhöhte sich der Schadensaufwand weiter auf 400 Millionen Euro und verdoppelte sich damit. Europaweit schätzt die Europäische Kommission die Kosten wegen fehlerhafter Behandlungen auf jährlich 5,5 Milliarden Euro (Bergmann und Wever 2009).

Inzwischen ist dadurch auch die Versicherbarkeit ärztlicher Tätigkeit in Frage gestellt (Ulsenheimer 2007). Die Haftungsrisiken sind in den letzten Jahren derart gestiegen, dass nur noch sehr wenige Versicherungen bereit sind Unikliniken zu versichern (van der Sloot 2009). Im Bereich der Inneren Medizin hat sich der Durchschnittsbetrag des im Einzelfall abgerechneten Schadens eines großen Ärzteversicherers zwischen 1981 und 1991 von 4.200 auf 13.700 DM mehr als verdreifacht (Rumler-Detzel 1996). Mehr als drei Viertel der US-Geburtshelfer/innen sind mindestens einmal verklagt worden. 20% haben ihren Beruf aufgegeben, während 60% nur noch risikoarme Schwangerschaften behandeln, weil sie die steigenden Versicherungsprämien nicht mehr aufbringen wollen oder können (Dettmeyer 2006).

Auch die Verfahren selbst verursachen Kosten. So betrugen die Gesamtkosten der Verfahren gegen Krankenhausträger in der Stadt Bremen von 1977–1987 in 65 von 130 Fällen zwischen 5.000 DM und 14.999 DM. In 24 Verfahren lagen die Kosten zwischen 14.999 DM und 59.999 DM. In 41 Verfahren lagen die Kosten unter 5.000 DM (davon in nur 15 Fällen unter 1000 DM) (Seehafer 1991).

Bei all den genannten Zahlenspielen und Spekulationen ist allerdings kritisch zu hinterfragen, ob mitunter eine Verwechslung der Begriffe „unerwünschte Ereignisse“, „Schäden“ und „Behandlungsfehler“ vorliegt (Weidinger 2007).

Ein medizinischer Behandlungsfehler hat für alle Beteiligten Konsequenzen. Sowohl für den Patienten, der einen körperlichen Schaden erleidet, als auch für den Arzt, der Zweifel an seiner Tätigkeit bekommt. Zudem nimmt das gegenseitige Vertrauen Schaden, die Arzt-Patienten-Beziehung leidet (Esser 1983). Eine hohe Erwartungshaltung und die Verkettung unglücklicher Umstände können dann auch zu schwerem Schaden für den Patienten und zu Selbstvorwürfen sowie zu Versagensängsten des Arztes führen (Imhof 2010).

Albert Wu, Professor an der Johns-Hopkins-Universität Baltimore, prägte dazu die Ausdrücke vom first und second victim. Der Patient, dem ein Schaden durch den Behandlungsfehler entstanden ist, gilt als erstes Opfer („first victim“). Der Arzt als Verursacher des Schadens gilt als zweites Opfer („second victim“). Die Auswirkungen auf das medizinische Personal, welches Behandlungsfehler begangen hat, reichen von Scham über Schuld, bis hin zur akuten Belastungsreaktion. Die oft langwierigen Verfahren wegen Behandlungsfehlern belasten häufig Psyche, Partnerschaft und die eigene Tätigkeit. Das Risiko, nach einem Behandlungsfehler eine Depression zu entwickeln, steigt rapide (Protschka 2012). In dem Zusammenhang ist auch erwähnenswert, dass Mediziner öfter an Depressionen und Suchterkrankungen leiden als Angehörige anderer Berufe. Auch begehen sie doppelt so häufig Selbstmord (Shafy 2008). Eine Studie aus Nordamerika belegt zudem, dass 61% der befragten Ärzte, denen Behandlungsfehler unterlaufen waren, danach mehr Angst als vorher haben Fehler zu begehen. 44% büßten das Vertrauen in ihre Fähigkeiten ein und 42% litten unter schwerwiegenden Schlafproblemen (Rosentreter 2012).

Es wird auch immer wieder darüber diskutiert, ob die Entwicklung der Problematik von Behandlungsfehlern zu einer Defensivmedizin führt, also der Anwendung therapeutischer und diagnostischer Maßnahmen ohne Vorliegen einer medizinischen Indikation unter dem alleinigen Gesichtspunkt etwaige Behandlungsfehlervorwürfe zu vermeiden (Erdmann 1996). Diese defensive Medizin würde vor allem den Patienten schaden (Demling 1983). Zudem wäre sie durch „Überdiagnosen“ und „Überbehandlungen“ teuer und würde eine weitere Kostenexplosion des Gesundheitswesens verursachen.

Waren Arzthaftungsprozesse vor einigen Jahrzehnten noch eine Rarität, hat man inzwischen für Arzthaftpflichtfragen bei allen Ärztekammern Gutachterkommissionen bzw. Schlichtungs-

stellen eingerichtet, die zu mehr Patientensicherheit beitragen sollen (Dettmeyer 2006). Außerdem hat die Auseinandersetzung mit Behandlungsfehlern inzwischen auch in Deutschland zu Qualitätssicherungssystemen (CIRS) geführt, um zukünftigen Schaden zu vermeiden (van der Sloot 2009). Als erste fachärztliche Gruppe haben die Allgemeinmediziner das „Frankfurter Fehlermeldesystem“ für hausärztliche Behandlungsfehler etabliert, welches man im Internet unter www.jeder-fehler-zaehlt.de einsehen kann.

Patientenschutz ist in erster Linie eine gute ärztliche Behandlung (Hansis 2001). Diese Arbeit soll aufzeigen, welche Fehler und Fehlerquellen in welcher Häufigkeit auftreten können, um zukünftige Fehler nach Möglichkeit zu vermeiden. Zudem wird die Entwicklung von Behandlungsfehlervorwürfen untersucht, wobei die Ergebnisse früherer Dissertationen am Institut für Rechtsmedizin der Universität München mit denen der hier vorliegenden Arbeit verglichen werden. Dabei sollen auch Erkenntnisse über die Prozessergebnisse sowie über die Gruppen von möglichen Geschädigten und Adressaten des Behandlungsfehlervorwurfes (u.a. hinsichtlich Alter, Geschlecht sowie über den Träger und die Versorgungsstufe der jeweils betroffenen Einrichtung) gewonnen werden.

Der Schwerpunkt liegt dabei auf Fällen aus der Inneren Medizin, der Allgemeinmedizin bzw. dem Bereich des Hausarztes und dem Gebiet des nicht-ärztlichen medizinischen Personals. Der Chirurgus Breme von Bremenfeld in Goethes Drama „Die Aufregerten“ hielt indes nicht viel von der Inneren Medizin: „Der Medicus kuriert die eine Krankheit weg, die andere herbei und du kannst nie recht wissen, ob er dir genutzt oder geschadet hat“. Allerdings ist die Innere Medizin, im Verhältnis zur Arztdichte, vergleichsweise selten von Behandlungsfehlervorwürfen betroffen (Madea und Schmidt 1996). Die Allgemeinmedizin liegt in einer Studie vom Institut für gerichtliche Medizin der Universität Tübingen von 1993 vor der Inneren Medizin und hinter der Chirurgie auf Platz 2 (Mallach et al 1993). Für das nicht-ärztliche medizinische Personal ist die Datenlage in der Literatur noch relativ rar gesät (Schrappe und Lessing 2007).

2. Rechtliche Grundlagen

Der Arzt ist dem Patienten als Garant zur Heilbehandlung nach den Regeln der ärztlichen Kunst verpflichtet (Nentwig 2009). Das Arzt-Patienten-Verhältnis begründet sich auf den Behandlungsvertrag, welcher nach dem Patientenrechtegesetz (§§ 630 a ff. BGB) beurteilt wird. Dieses ersetzt seit 2013 die Beurteilung nach §§ 611 ff. BGB, wobei die Patientenrechte gestärkt worden sind. Demnach muss der Arzt eine Behandlung nach den Regeln der ärztlichen Kunst gewährleisten, nicht jedoch den Erfolg der Behandlung garantieren (Dettmeyer 2006). Nach Rechtsprechung des Bundesgerichtshofs (BGH) muss die Behandlung dem Standard eines erfahrenen Facharztes entsprechen (Imhof 2010).

Der allgemeine medizinische Standard ist zum großen Teil in den Leitlinien der jeweiligen medizinischen Fachgesellschaft zusammengefasst (Meißner und Kaatsch 2009). Es handelt sich der Form nach um systematisch entwickelte Entscheidungshilfen, die als Orientierungshilfen dienen sollen, von denen in begründeten Fällen allerdings abgewichen werden kann und sogar muss (Hart 2000). Der medizinische Standard ist demnach keine statische Größe, sondern unterliegt einem dynamischen Prozess (Franzki zit. nach Schewe 1996). Vom BGH wird der medizinische Standard so umschrieben, dass er den jeweiligen Stand der medizinwissenschaftlichen Erkenntnisse und der ärztlichen Erfahrung repräsentiert, welcher zur Erreichung des ärztlichen Behandlungszieles erforderlich ist und sich in der Erprobung bewährt hat (Carstensen 1989).

Die Aufgabe der medizinischen Gutachter besteht darin, darauf einzugehen, ob die Behandlung dem allgemein anerkannten Standard des ärztlichen Wissens entsprochen hat und falls dem nicht so war, ob sich daraus für den Patienten nachweisbar eigenständige Nachteile ergeben haben (Hansis 2006).

Rechtliche Folgen eines Behandlungsfehlers leiten sich sowohl aus dem Bürgerlichen Gesetzbuch als auch aus dem Strafgesetzbuch ab. Während das Zivilrecht das Ziel hat dem geschädigten Patienten seinen Schaden zu ersetzen, geht es im Strafrecht darum den staatlichen Strafanspruch gegenüber dem angeklagten Arzt durchzusetzen (Lippert 2003).

Ausgangspunkt arzthaftungsrechtlicher Verfahren ist häufig die Anrufung von Gutachterkommissionen bzw. Schlichtungsstellen der Ärztekammern, dem sich ein Verfahren vor einem Zivilgericht anschließen kann. Hinzu treten können für den Arzt berufsgerichtliche Verfahren bzw. Disziplinarverfahren bei beamteten Ärzten sowie Verfahren auf Entziehung

der Zulassung oder auf Widerruf der Approbation (Bergmann und Wever 2009). Unabhängig davon steht das Verfahren im Strafrecht. Hier leitet die Staatsanwaltschaft ein Ermittlungsverfahren ein, wenn sie Kenntnis von Tatsachen erhält, die den Verdacht begründen, dass eine Straftat bzw. ein Behandlungsfehler begangen wurde. Dies kann z.B. durch eine Strafanzeige nach § 158 StPO geschehen.

Andere Möglichkeiten der Auseinandersetzung mit Behandlungsfehlern bieten im Privatauftrag gutachterlich tätige Ärzte, der medizinische Dienst der Krankenkassen, Privatinstitute sowie ausgewiesene Spezialisten. Die Institute für Rechtsmedizin kommen in der Regel im Rahmen staatsanwaltschaftlicher Ermittlungsverfahren sowie nachfolgender Hauptverfahren im Strafprozess zum Zuge (Dettmeyer und Madea 2003).

Im nun Folgenden werden der Begriff des Behandlungsfehlers und die daraus resultierenden Fallgruppen erläutert. Weiterhin werden zivil- und strafrechtliche Haftung sowie Tatbestände, die sich aus dieser ergeben können, beleuchtet. In diesem Zusammenhang wird auch die Bedeutung der Beweislast, der Kausalität und des Verschuldens aufgezeigt.

2.1. Definition des Behandlungsfehlers

Eine gesetzliche Definition der Begrifflichkeit des Behandlungsfehlers gibt es nicht (Dettmeyer 2006). Rudolf Virchow unternahm 1870 einen ersten Versuch der Definition des „Kunstfehlers“, welcher heute in Fachkreisen keine Verwendung mehr findet, da es Verwirrung über unterschiedliche Auffassungen des Begriffes gab (Imhof 2010). Heute hat sich in der modernen Rechtsprechung der Begriff des Behandlungsfehlers durchgesetzt, der sich in einer Verletzung der Sorgfaltspflicht begründet, die man allgemein von einem ordentlichen, pflichtbewussten Arzt in der konkreten Situation erwartet (Dettmeyer und Madea 2003). Er wird verstanden als jedes ärztliche Verhalten, das gegen den aktuellen medizinischen Standard verstößt (Dettmeyer et al. 2007). Diese Auffassung findet sich auch in der heute häufig benutzten Formulierung, wonach ein Behandlungsfehler „ein Verstoß gegen allgemein anerkannte Regeln der medizinischen Wissenschaft“ ist (Dettmeyer und Madea 2003).

2.2. Grundtypen des Behandlungsfehlers

Beim Versuch Behandlungsfehler in Fallgruppen zu kategorisieren, lassen sich in der Literatur folgende Typen finden (Dettmeyer 2006):

Organisationsverschulden: z.B. Nichtbereitstellung eines Operationssaales. Betrifft hauptsächlich den Krankenhausträger und verantwortliche Chefärzte.

Übernahmeverschulden: Übernahme einer Behandlung trotz zu geringer Qualifikation. Betrifft häufig „Jungmediziner“ (Studenten im Praktischen Jahr, Assistenzärzte).

Kooperationsfehler: im Rahmen der vertikalen und horizontalen Arbeitsteilung.

Nichtbehandlung: (fahrlässiges) Unterlassen einer medizinisch gebotenen Behandlung.

Abweichende Behandlung: Durchführung einer vom aktuellen ärztlichen Standard abweichenden Therapie, obwohl diese anerkanntermaßen erfolgversprechender ist.

2.3. Zivilrecht

Bei der zivilrechtlichen Haftung kann der beklagte Arzt auf Grundlage des Behandlungsvertrages wegen unerlaubter Handlung oder wegen Geschäftsführung ohne Auftrag verurteilt werden. Bei der Beurteilung stellt das Zivilrecht einen objektiven Sorgfaltsmaßstab auf. Entscheidend dabei ist nicht, zu welcher Sorgfalt das handelnde Individuum aufgrund seiner persönlichen Fähigkeiten in der konkreten Situation in der Lage war, sondern welche Sorgfalt eine gewisse Berufsgruppe unter den gegebenen Umständen anwenden würde (Lippert 2003). Sind also die Sorgfaltspflichtregeln einer Berufsgruppe eingehalten, so ist im Normalfall davon auszugehen, dass keine Schadenersatzansprüche geltend gemacht werden können (Lippert 2003). Es kommt also, anders als im Strafrecht, nicht auf einen individuellen Sorgfaltsmaßstab an, sondern auf eine objektive Ausrichtung. Die persönlichen Fähigkeiten, Kenntnisse und Erfahrungen des behandelnden Arztes bleiben bei der Beurteilung unberücksichtigt (Frahm 2009). Im Zivilrecht gilt bei der Prüfung der Kausalität zudem die Adäquanztheorie (siehe Kapitel 2.9).

Zusammengefasst ergibt sich eine Anspruchsgrundlage bei der Arzthaftung durch die vertragliche Haftung (§ 276 Abs. 1 S. 1 und 2 BGB, sowie § 280 BGB, siehe Anhang 9.3.) und durch die deliktische Haftung aus unerlaubter Handlung (§ 832 Abs. 1 und 2 BGB, siehe Anhang 9.3.).

2.4. Strafrecht

Die strafrechtliche Verantwortlichkeit für medizinisches Personal begründet sich u. a. aus dem Strafgesetzbuch (StGB). Grundsätzlich ist in der Rechtsprechung jeder ärztliche Heileingriff als tatbestandsmäßige Körperverletzung anzusehen. Rechtfertigung für die ärztliche Behandlung liefert primär die Einwilligung des Patienten bzw. ein wirksam geschlossener Vertrag über die ärztliche Behandlung (Lippert 2003). Ziel des Strafprozesses ist es den angeklagten Arzt zu bestrafen. Dabei muss der Staat nachweisen, dass durch die fehlerhafte Behandlung des beschuldigten Arztes ein Patient vorsätzlich oder fahrlässig geschädigt oder dessen Tod verursacht wurde (Lippert 2003). Im Zweifel wird für den Angeklagten entschieden. Eine Beweislastumkehr gibt es nicht (Bergmann und Wever 2009). Der Sorgfaltsstandard wird im Strafrecht nach einem sowohl berufs- als auch personenbezogenen Maßstab ermittelt. Bei der objektiv-berufsbezogenen Bestimmung der Sorgfalt ist der Standard des erfahrenen Facharztes entscheidend (BGH JZ 1987, 879). Darüber hinaus muss dem Angeklagten auch seine subjektive Schuld nachgewiesen werden, „der Arzt muss nach seinen persönlichen Fähigkeiten und Kenntnissen in der Lage gewesen sein, den objektiven Sorgfaltsstandard eines gewissenhaften Facharztes in der konkreten Situation einzuhalten“ (Bergmann und Wever 2009). Bei der Beurteilung der Schuld des Angeklagten wird geprüft, ob eine fehlerhaft durchgeführte Behandlung (z.B. Diagnosefehler, Therapiefehler, Nachsorgefehler, Fehler bei der Verordnung von Arzneimitteln, Fehler beim Einsatz von medizinischen Geräten) vorgelegen hat. Auch wird geprüft, ob ein Arzt seine Aufklärungspflicht verletzt, gebotene Maßnahmen unterlassen oder einen Eingriff vorgenommen hat, der medizinisch nicht notwendig gewesen war. Auch kann ein Behandlungsfehler vorliegen, wenn der Arzt einen Eingriff nicht lege artis durchgeführt oder Organisationspflichten verletzt hat. Es darf auch kein Verstoß gegen die guten Sitten vorliegen. Im Strafrecht gilt bei Prüfung der Kausalität die Äquivalenztheorie (siehe Kapitel 2.9).

Da sich ein Behandlungsfehler auf die körperliche Integrität des Patienten auswirkt, kommt regelmäßig ein Vergehen der fahrlässigen Körperverletzung in Betracht (Nentwig 2009). Stirbt der Patient durch den Behandlungsfehler, ist zu prüfen, ob sich der behandelnde Arzt einer fahrlässigen Tötung schuldig gemacht haben könnte.

Vor Eröffnung strafrechtlicher Ermittlungen im Falle des Vorwurfs der fahrlässigen Körperverletzung sind zwei Punkte zu klären: Die Plausibilität der Sachverhaltsschilderung der Strafanzeige sowie das öffentliche Interesse an der Durchführung strafrechtlicher Ermittlungen. Dabei ist die Schwere der Sorgfaltspflichtverletzung von entscheidender Bedeutung.

Beim Verdacht der fahrlässigen Tötung geht dem strafrechtlichen Ermittlungsverfahren in der Regel ein sogenanntes Todesermittlungsverfahren voraus. Dieses ist in § 159 StPO geregelt. Darin heißt es, dass die Staatsanwaltschaft unverzüglich zu informieren ist, wenn Anhaltspunkte für einen unnatürlichen Tod vorliegen. Unter den Begriff „Nichtnatürlicher Tod“ fallen auch alle Fälle, in denen ein Patient infolge eines ärztlichen Behandlungsfehlers zu Tode kommt. Das Todesermittlungsverfahren dient dann der Überprüfung ob der Anfangsverdacht einer Straftat besteht. Bei einem strafrechtlichen Ermittlungsverfahren ist es Aufgabe der Staatsanwaltschaft die weiteren Ermittlungen zu koordinieren und entsprechende medizinische Sachverständigengutachten in Auftrag zu geben (Nentwig 2009). Zu einer strafgerichtlichen Überprüfung kommt es nur, wenn die Staatsanwaltschaft es als wahrscheinlich erachtet, dass der beschuldigte Arzt im Rahmen einer gerichtlichen Hauptverhandlung verurteilt würde.

2.5. Fahrlässige Körperverletzung

Der Tatbestand der fahrlässigen Körperverletzung ist nach § 229 StGB erfüllt, wenn durch Fahrlässigkeit die Körperverletzung einer anderen Person verursacht wird. Nach § 223 StGB fällt darunter sowohl die körperliche Misshandlung als auch die Beschädigung der Gesundheit. Als körperliche Misshandlung gilt dabei eine unangemessene Behandlung, die das körperliche Wohlbefinden mehr als nur unerheblich beeinträchtigt oder sonst auf die körperliche Unversehrtheit einwirkt (Lippert 2003). Unter einer Beschädigung der Gesundheit wird „jedes Hervorrufen oder Steigern einer Krankheit im weitesten Sinne“ verstanden (BGH NJW 1960, 2153). Der Tatbestand der Körperverletzung kann sowohl durch aktives Tun als auch durch Unterlassung erfüllt werden. Fahrlässig handelt wer die erforderliche Sorgfalt vermissen lässt.

2.6. Fahrlässige Tötung

Der Tatbestand der fahrlässigen Tötung nach § 222 gilt als erfüllt, wenn durch Fahrlässigkeit der Tod eines Menschen verursacht wird. Wie bei der fahrlässigen Körperverletzung kann der Tatbestand durch ein aktives Tun oder durch eine Unterlassung begangen werden. Auch hier muss die erforderliche Sorgfalt versäumt worden sein, zudem ist die Kausalität zwischen pflichtwidrigem Wirken und dem Tod der geschädigten Person zu beachten (Lippert 2003).

2.7. Unterlassene Hilfeleistung

Der Tatbestand der unterlassenen Hilfeleistung ist nach § 323c StGB erfüllt, wenn eine erforderliche und auch zumutbare Hilfeleistung unterlassen wird, ein (negativer) Erfolg muss durch das Unterlassen nicht eingetreten sein. Eine unterlassene Hilfeleistung kann nur dann strafbar sein, wenn sie vorsätzlich begangen wird, Fahrlässigkeit allein reicht nicht aus. Der zur Hilfeleistung Verpflichtete muss von der Situation Kenntnis haben und sie richtig einschätzen können. Im Arztstrafrecht wird der Tatbestand der unterlassenen Hilfeleistung hauptsächlich als Auffangtatbestand verwendet, wenn kein anderes Vergehen nachzuweisen ist. Ansonsten ist sie gegenüber den §§ 222 und 229 subsidiär (Lippert 2003).

2.8. Beweislast

Während im Strafrecht die Staatsanwaltschaft die Schuld des Angeklagten nachzuweisen hat, muss im Zivilverfahren grundsätzlich der Patient den Nachweis erbringen, dass der Arzt abweichend vom medizinischen Standard gehandelt hat und ein Ursachenzusammenhang zwischen dem Fehler und dem geltend gemachten Gesundheitsschaden besteht. Nur bei „groben Behandlungsfehlern“, die einen schwerwiegenden Verstoß gegen anerkannte Regeln der ärztlichen Kunst darstellen, also „wenn ein Verhalten nach dem Ausbildungs- und Wissensmaßstab des Handelnden nicht mehr verständlich und verantwortbar erscheint, weil ein solcher Fehler schlechterdings nicht unterlaufen darf“, kann es im Zivilprozess zu einer Beweislastumkehr kommen (Bergmann und Wever 2009). In diesem Fall muss der Arzt den Beweis erbringen, dass seine Maßnahmen den entsprechenden Schaden nicht verursacht haben bzw. der Schaden auch bei Wahrung der ärztlichen Sorgfalt eingetreten wäre (Frahm 2009). Die Einordnung eines Behandlungsfehlers als „grob“ erfolgt durch das Gericht unter Einbeziehung der sachkundigen Bewertung eines Gutachters (Bergmann und Wever 2009). Eine Beweislastumkehr kann außerdem bei Dokumentationsmängeln und unterlassener Befunderhebung eintreten (Bergmann und Wever 2009), z.B. wenn für ein bestimmtes Ereignis keine andere Erklärung als eine stattgehabte Fehlbehandlung in Frage kommt (prima facie Beweis) (Hansis 2001). Die Frage der Beweislast ist die entscheidende im Arzthaftpflichtprozess. Wer einen Beweis erbringen muss, diesen aber nicht erbringen kann, verliert den Prozess (Schiffer 2009).

2.9. Kausalität

Ein wesentlicher Punkt bei der Beurteilung ärztlicher oder pflegerischer Behandlungsfehler ist die Frage nach der Kausalität. Dabei gilt es zu klären, ob ein ursächlicher Zusammenhang zwischen dem Behandlungsfehler und der geltend gemachten Gesundheitsschädigung besteht. Da in der Medizin Krankheits- und Heilungsverläufe nicht mit mathematischer Gewissheit voraussagen sind (Imhof 2010), können zu Kausalitätsfragen bei Behandlungsfehlern in aller Regel nur Aussagesicherheiten im Bereich von Wahrscheinlichkeitsgraden gemacht werden (Eisenmenger et al. 2008).

2.9.1. Kausalität im Strafrecht

Im Strafrecht gilt die Bedingungstheorie. „Als ursächlich gilt jede Bedingung, die nicht hinweggedacht werden kann, ohne dass der Erfolg (in der Medizin: der „negative Erfolg“ = Schaden) entfielen. Man spricht auch von „Conditio sine qua non“. Da alle Bedingungen als gleichwertig (äquivalent) angesehen werden, wird die Theorie auch als Äquivalenztheorie bezeichnet“ (Eisenmenger et al. 2008). Bei Prüfung des Kausalzusammenhangs findet nach BGHSt 11,1 ff. eine Kausalitätsprüfung in 2 Schritten statt: Zum einen die Klärung der Frage, ob das Verhalten des Beschuldigten „eine Bedingung im mechanisch-naturwissenschaftlichen Sinne für die Verwirklichung des Straftatbestands war.“, zum anderen, ob bei weiterer Betrachtungsweise das Verhalten des Beschuldigten „für die Verwirklichung des Straftatbestands von Bedeutung war“. Es stellt sich hier die Frage, wie sich die Ereignisse entwickelt hätten, wenn sich der Beschuldigte rechtlich einwandfrei verhalten hätte (Dettmeyer und Madea 2003).

2.9.2. Kausalität im Zivilrecht

Im Zivilrecht gilt die Adäquanztheorie. Hier muss ein Ereignis nach allgemeiner Lebenserfahrung dazu geeignet (adäquat) gewesen sein, um zu einer bestimmten Folge bzw. Gesundheitsschädigung zu führen. „Das Reichsgericht hat dies so umschrieben (RGZ 133, 126), dass eine Handlung oder Unterlassung dann adäquat sei, wenn sie im Allgemeinen und nicht nur unter besonders eigenartigen, ganz unwahrscheinlichen und nach dem regelmäßigen Verlauf der Dinge außer Betracht zu lassenden Umständen zur Herbeiführung eines Erfolges geeignet war“ (Eisenmenger et al. 2008).

2.9.3 Abbrechen der Kausalität bzw. überholende Kausalität

Ein Kausalzusammenhang zwischen Wirken des Beschuldigten und dem Eintritt des Straftatbestands entfällt, wenn das Wirken oder Unterlassen nicht bis zum Eintritt des Straftatbestands fortwirkt, weil durch ein zwischenzeitlich neu hinzugetretenes anderes Ereignis eine neue unabhängige Kausalkette eröffnet wurde, die im Zuge einer „überholenden Kausalität“ zur Verwirklichung des Straftatbestands führt (Dettmeyer und Madea 2003).

2.10. Verschulden

Es können nur solche Bedingungen einem Verursacher angelastet werden, die er schuldhaft verursacht hat. Dies kann vorsätzlich oder fahrlässig erfolgen (Eisenmenger et al. 2008). Im Arzthaftungsrecht geschieht dies im Regelfall fahrlässig. Eine schuldhafte Handlung setzt voraus, dass der behandelnde Arzt nach seinen persönlichen Erkenntnissen und Fähigkeiten imstande gewesen sein muss, die geforderte Sorgfalt aufzubringen. Zudem muss der Erfolg vorhersehbar gewesen sein. Der Arzt oder das medizinische Personal müssen also damit rechnen, dass nach dem gewöhnlichen Verlauf der Dinge objektiv und nach den individuellen Erfahrungen subjektiv, ein Schaden eintreten kann (Lippert 2003). Der Nachweis der Kausalität muss mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit geführt werden. Dies kommt den betroffenen Ärzten oder Pflegekräften in Behandlungsfehlerverfahren zugute, da sich der Verlauf einer Krankheit selten in die Zukunft schätzen lässt, besonders im Hinblick auf alle denkbar möglichen Komplikationen (Eisenmenger et al. 2008).

3. Material und Methode

Für die vorliegende Arbeit wurden sowohl Gutachten als auch Sektionsprotokolle des Instituts für Rechtsmedizin der LMU München aus den Jahren 2000 bis 2007 ausgewertet, die sich mit der Fragestellung eines ärztlichen oder pflegerischen Behandlungsfehlers auseinandergesetzt haben.

Die Auswahl der relevanten Gutachten und Sektionsprotokolle erfolgte anhand einer elektronischen Volltextsuche. Dabei wurden alle im System erfassten Gutachten und Sektionsprotokolle nach den Begriffen „Fehlverhalten“, „Unterlassung“, „Sorgfaltspflicht“, „Kunstfehler“, „Kunst“, „ärztlich“, „lege artis“ und „Behandlungsfehler“ durchsucht und aus dem Gesamtbestand der rechtsmedizinischen Gutachten und Sektionsprotokolle herausgefiltert.

In einem zweiten Schritt wurden diese selektierten Gutachten und Sektionsprotokolle auf ihre tatsächliche Relevanz hin untersucht und auf die verschiedenen Fachgebiete verteilt. Diese Sortierung erfolgte in Gemeinschaftsarbeit mit drei weiteren Doktoranden (Annika Trümpler, Iris Zimmermann und Conny Sauter), die sich mit Behandlungsfehlervorwürfen anderer Fachrichtungen aus demselben Untersuchungszeitraum befasst haben.

In dieser Arbeit liegt der Schwerpunkt auf Behandlungsfehlern aus den Bereichen der Inneren Medizin, der Allgemeinmedizin bzw. der Hausärzte und aus dem Bereich des nicht-ärztlichen medizinischen Personals.

Für die vorliegende Arbeit konnten 247 relevante Erstgutachten ermittelt werden.

Die Anzahl der Erstgutachten der verschiedenen Fachbereiche stellt sich wie folgt dar:

Innere Medizin:	76
Allgemeinmedizin/Hausarzt:.....	74
Gastroenterologie:	15
Kardiologie:.....	10
Angiologie:.....	2
Nephrologie:.....	1
Pneumologie:.....	2
nicht-ärztliches medizinisches Personal:.....	67
Summe:.....	247

Die für die vorliegende Arbeit relevante Anzahl an Sektionsprotokollen, bei denen entweder aufgrund der Vorgeschichte die Frage nach einem möglichen Behandlungsfehler im Raum stand oder bei denen die Rechtsmediziner im Laufe der Obduktion einen Verdacht formuliert haben, beträgt 115.

Kritisch bemerkt werden muss, dass die Sortierung nach den Fachgebieten der Adressaten des Behandlungsfehlervorwurfes in manchen Fällen Schwierigkeiten verursachte, da die Fachrichtung des Arztes nur in wenigen Fällen explizit im Gutachten angegeben worden war. Die Zuteilung erfolgte daher meist nach dem Zuständigkeitsbereich der Fachrichtung, die in der Regel mit dem jeweiligen Krankheitsbild betraut ist. Die Bezeichnung „Fachrichtung“ wurde im klinischen Bereich nicht mit dem „Facharzt“ gleichgestellt, sondern bezog sich auf die anzunehmende Abteilung, in der der Adressat des Behandlungsfehlervorwurfes tätig war. Unter „Allgemeinmedizin“ wurden praktische Ärzte und Fachärzte für Allgemeinmedizin zusammengefasst. Unter der Bezeichnung „Innere Medizin“ wurden bei den betroffenen Krankenhausärzten diejenigen zusammengefasst, bei denen keine Spezialisierung ihrer Tätigkeit zu erkennen war.

Während im Strafprozess im Ermittlungsverfahren von einem Beschuldigten und im Hauptverfahren von einem Angeklagten gesprochen wird, gibt es im Zivilprozess nur den Beklagten. Da in dieser Arbeit nur 6 Zivilverfahren behandelt werden, sind der Anschaulichkeit halber im weiteren Verlauf dieser Dissertation mit den Begriffen „Beschuldigte“ und „Angeklagte“ auch die Beklagten im Zivilverfahren gemeint.

Der Begriff „Patient“ schließt in dieser Arbeit auch Heimbewohner und häuslich betreute Personen mit ein. Unter diesen Begriff fallen alle Personen, die von möglichen bzw. tatsächlichen Behandlungsfehlern betroffen waren.

Den Sektionsprotokollen war zudem in einigen Fällen die relevante Vorgeschichte nicht oder nur unvollständig zu entnehmen, was eine Erfassung durch die Volltextsuche und eine Zuordnung auf die Fachrichtung nicht immer möglich machte. Teilweise fand eine Sichtung und Auswertung der Sektionsbücher im Archiv der Rechtsmedizin statt. Dennoch dürfte die tatsächliche Fallzahl der Sektionen höher sein als in dieser Arbeit angeführt.

Die Auswertung sollte Hinweise auf folgende Fragestellungen liefern:

Wie ist die Entwicklung der Anzahl der Verfahren zu Behandlungsfehlervorwürfen, insbesondere im Hinblick auf frühere Dissertationen, am Institut?

Mit welcher Häufigkeit sind die Fachgebiete, die Thema dieser Arbeit waren bzw. Angehörige von nicht-ärztlichen medizinischen Berufen, von Behandlungsfehlervorwürfen betroffen?

Wie wurden die jeweiligen Behandlungsfehlervorwürfe in den Gutachten beurteilt? Gibt es Veränderungen im Hinblick auf frühere Dissertationen?

Wie verteilen sich die Adressaten der Behandlungsfehlervorwürfe und das Patientenkollektiv hinsichtlich ihres Alters, Geschlechts, Beschäftigungsverhältnisses und ihrer Position? Lassen sich Auffälligkeiten feststellen?

Was war Anlass der Verfahren?

In welche Fallgruppen lassen sich die Behandlungsfehlervorwürfe unterteilen; was sind Schwerpunkte von Behandlungsfehlern und Verdachtsmomenten in den jeweiligen Fachbereichen?

Wie gingen die Verfahren aus, zu welchen Urteilen gelangten die Gerichte?

Welche Krankenhäuser und Pflegeeinrichtungen, hinsichtlich Träger und Versorgungsstufe, sind mit welcher Häufigkeit Gegenstand der Gutachten zu Behandlungsfehlerverfahren?

Welchen Stellenwert haben Sektionen mit dem Hintergrund eines Verdachts auf einen Behandlungsfehler für die Beurteilung der Gutachter und den Ausgang des Verfahrens?

Die statistische Auswertung der Gutachten lehnt sich in einigen Punkten an frühere Dissertationen aus den Jahren 1979, 1982, 1983 und 1994 an, die ebenfalls zum Thema ärztliche Behandlungsfehler am Institut angefertigt worden sind (Neumaier 1950–1975, Spiro 1976–1978, Eckhardt 1979–1981, Schratzenstaller 1990–1992). Der Vergleich mit den statistischen Ergebnissen dieser Arbeiten ermöglicht einen Überblick über die Entwicklung von Behandlungsfehlervorwürfen in den genannten Zeiträumen.

Die Erfassung der Daten jedes einzelnen Gutachtens erfolgte anhand eines Erhebungsbogens mit 78 Punkten, welcher im Anhang unter 9.1.1. eingesehen werden kann.

Die Datenerhebung der Sektionsfälle erfolgte ebenfalls anhand eines tabellarischen Erhebungsbogens mit insgesamt 21 Punkten, welcher im Anhang unter 9.1.2. eingesehen werden kann.

Die Einteilung der gutachterlichen Beurteilungen der jeweiligen Verdachtsmomente erfolgte in abgestuften Kategorien in Anlehnung an die Arbeiten von Spiro und Eckhardt mittels einzelner Buchstaben:

A = kein Verstoß gegen Regeln der ärztlichen Kunst erkennbar

B = Vorwurf rechtsmedizinisch nicht sicher zu klären

C = Verstoß gegen Regeln der ärztlichen Kunst lag vor, dieser war aber nicht kausal für den negativen Erfolg

D = Verstoß gegen Regeln der ärztlichen Kunst lag vor, dessen Kausalität für den negativen Erfolg ist aber nicht mit der im Strafprozess erforderlichen Sicherheit nachzuweisen

E = Verstoß gegen Regeln der ärztlichen Kunst lag vor, dieser war auch kausal für den negativen Erfolg

Negativer Erfolg: Körperverletzung oder Tod des Patienten

Analog zu dieser Einteilung wird in der vorliegenden Arbeit zwischen den Begriffen „(bejahte) Behandlungsfehler“ und „kausale Behandlungsfehler“ unterschieden:

(Bejahte) Behandlungsfehler = Verstoß gegen Regeln der ärztlichen Kunst lag vor, ohne eine Aussage zu dessen Kausalität für den negativen Erfolg zu treffen. Wird also im Text nicht explizit zur Kausalität Stellung genommen, sind immer (bejahte) Behandlungsfehler gemeint (entspricht der gemeinsamen Betrachtung der Kategorien C, D und E)

Kausale Behandlungsfehler = Verstoß gegen Regeln der ärztlichen Kunst lag vor, mit der Aussage, dass dieser auch kausal für den negativen Erfolg war (entspricht der Kategorie E)

Nach Einteilung der Gutachten in die entsprechenden Kategorien erfolgte die Bitte um Akteneinsicht bei den Staatsanwaltschaften bzw. Gerichten in den Fällen, in denen die rechtsmedizinischen Gutachter den Sachverhalt mit „E“ beurteilt oder weitere Gutachten vorgeschlagen hatten.

Nach Angaben des Bayerischen Staatsministeriums wurde eine Einteilung der betroffenen Krankenhäuser und Pflegeeinrichtungen nach Träger und Versorgungsstufe vorgenommen (Bayerisches Staatsministerium für Umwelt und Gesundheit 2013).

Die Träger wurden in 4 Gruppen unterteilt:

- 1 = öffentlich: Bund, Land, Kreis, Gemeinde
- 2 = frei gemeinnützig: z.B. Kirche, Rotes Kreuz, AWO, Caritas, Diakonisches Werk, Deutscher Paritätischer Wohlfahrtsverband
- 3 = privat: z.B. Asklepios, Helios, Rhönkliniken, Fresenius, Sana, Damp Holding, Med-
clin, Schön-Kliniken, SRH-Kliniken, Paracelsus, Aneos, Pflegeheimketten
- 4 = Universität

Die Versorgungsstufen wurden ebenfalls in 4 Gruppen unterteilt:

- I = Krankenhaus der Grund- u. Regelversorgung
- II = Krankenhaus der Schwerpunktversorgung
- III = Krankenhaus der Maximalversorgung
- IV = keine Versorgungsstufe. Fachkrankenhaus

Krankenhäuser der Grundversorgung:

bis zu 250 Betten, mindestens eine Hauptfach- oder Belegabteilung für Innere Medizin sowie eine weitere Abteilung eines anderen Fachgebietes

Krankenhäuser der Regelversorgung:

251–500 Betten, Hauptfach- oder Belegabteilungen für Innere Medizin u. Chirurgie sowie mindestens eine weitere Hauptfach- oder Belegabteilung

Schwerpunktkrankenhäuser:

501–800 Betten, Hauptfachabteilungen für Innere Medizin u. Chirurgie sowie mindestens 6 weitere Hauptfachabteilungen

Krankenhäuser der Maximalversorgung:

mehr als 800 Betten, Hauptfachabteilungen für Innere Medizin u. Chirurgie, mindestens 10 weitere Hauptfachabteilungen und besondere Aufgaben der Hochleistungsmedizin wie z.B. Organtransplantation, Blutstammzelltransplantation

Fachkrankenhäuser:

Kranke bestimmter Krankheitsarten oder Altersstufen, besonders Psychiatrie u. Neurologie

In Tabellen und Abbildungen werden für fahrlässige Körperverletzung und fahrlässige Tötung folgende Abkürzungen verwendet:

FKV = fahrlässige Körperverletzung

FT = fahrlässige Tötung

4. Ergebnisse

Im Folgenden werden die Ergebnisse der Arbeit dargestellt. Auf Tabellen, die sich im Anhang befinden, wird im Text verwiesen.

Die Daten beziehen sich auf Fälle aus dem Bereich der Inneren Medizin, der Allgemeinmedizin und des nicht-ärztlichen medizinischen Personals.

4.1. Rechtsmedizinische Gutachten

4.1.1. Anzahl der Erstgutachten

Insgesamt wurden 247 Erstgutachten aus dem Untersuchungszeitraum 2000–2007 ausgewertet. Dies entspricht der Anzahl der bearbeiteten Fälle.

In 61,5% der Fälle wurde eine Sektion durchgeführt (siehe Tabelle 1A im Anhang).

Das Aufkommen der Gutachten in den Jahren 2000–2007 gibt Abbildung 1 wieder. Die Zahl der Fälle pro Jahr liegt bei ca. 30. Das Jahr 2004 ragt mit 40 Fällen heraus. Die wenigsten Fälle sind mit 21 im Jahr 2001 zu verzeichnen (siehe auch Tabelle 2A im Anhang).

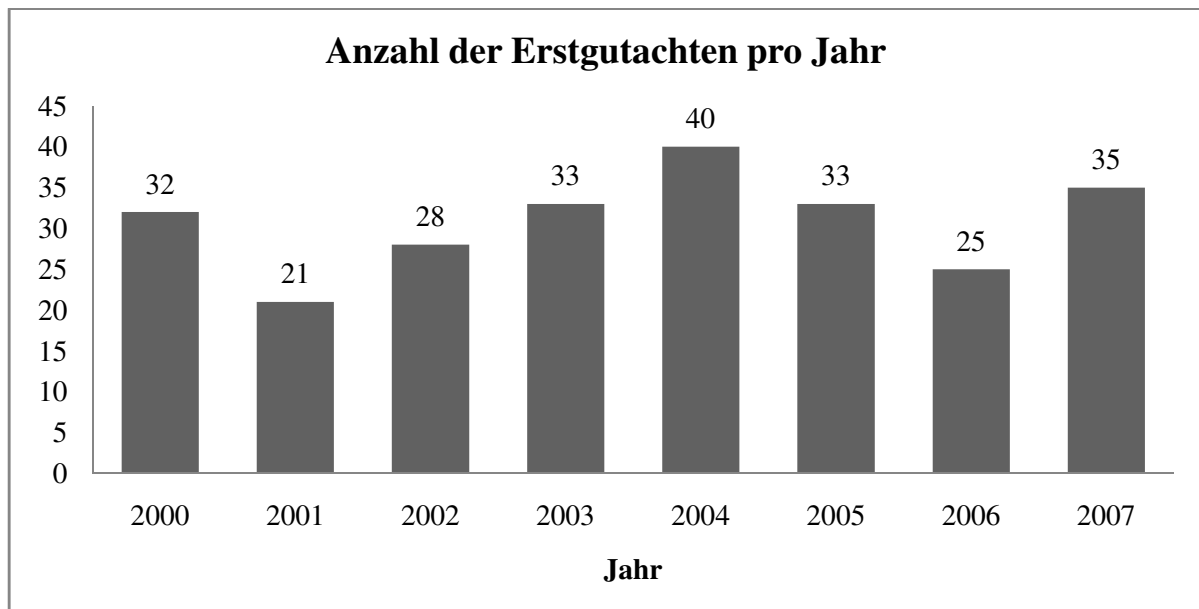


Abb. 1

Tabelle 1 gibt die Verteilung der Fälle je Jahr und Fach wieder. Der Großteil der Fälle stammt aus dem Fachgebiet der Inneren Medizin mit allen Spezialisierungen mit insgesamt 106 Erst-

gutachten. Den Hauptanteil bei den Internisten mit Spezialisierung haben die Gastroenterologen und die Kardiologen. 74 Erstgutachten betreffen Fälle aus dem Bereich der Allgemeinmedizin und 67 Erstgutachten betreffen Fälle aus dem Bereich des nicht-ärztlichen medizinischen Personals.

In den Jahren 2000–2007 sind aus dem Bereich der Inneren Medizin mit allen Spezialisierungen durchschnittlich ca. 13 Fälle pro Jahr zu verzeichnen. Dabei ragen die Jahre 2003 und 2004 mit 22 bzw. 19 Fällen heraus. Beim nicht-ärztlichen medizinischen Personal ist seit dem Jahr 2005 eine deutliche Zunahme der Fallzahlen zu erkennen.

Tabelle 1: Verteilung der Fälle pro Jahr und Fachgebiet der Hauptbeschuldigten

Fachrichtung	Jahr								Summe
	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	
Innere Medizin	9	4	4	17	16	11	7	8	76
Allgemeinmedizin	9	8	11	6	15	8	5	12	74
Gastroenterologie	5	2	2	3	2	0	0	1	15
Kardiologie	0	2	3	2	1	0	1	1	10
Angiologie	0	0	0	0	0	0	1	1	2
Nephrologie	1	0	0	0	0	0	0	0	1
Pneumologie	1	0	0	0	0	1	0	0	2
nicht-ärztl. med. Personal	7	5	8	5	6	13	11	12	67
Summe	32	21	28	33	40	33	25	35	247

Internisten mit Spezialisierung wurden in dieser Tabelle als eigene Fachrichtung dargestellt. Die Zuordnung erfolgte, wenn nicht direkt angegeben, nach dem Tätigkeitsprofil.

4.1.2. Anzahl weiterer Gutachten zu einem Verfahren

Bei den insgesamt 247 Fällen wurden von den rechtsmedizinischen Gutachtern 288 Gutachten erstellt, bei einer Gutachtenzahl von 1 bis 6 pro Fall (Tabelle 3A im Anhang).

Den Gutachtern der Rechtsmedizin lagen bei Gutachtenerstellung in 12 Fällen insgesamt 17 Zusatzgutachten vor, verteilt auf 10 verschiedene Fachrichtungen.

Die meisten Zusatzgutachten gibt es mit 10 bei den internistischen Fällen. Bei den Fällen des nicht-ärztlichen medizinischen Personals lagen nur 2 Zusatzgutachten vor (Tabelle 4A im Anhang).

Bei den 247 Fällen wurden von den Gutachtern der Rechtsmedizin nach Gutachtenerstellung insgesamt 10 Fachgutachten empfohlen, von denen 7 tatsächlich erstellt worden sind.

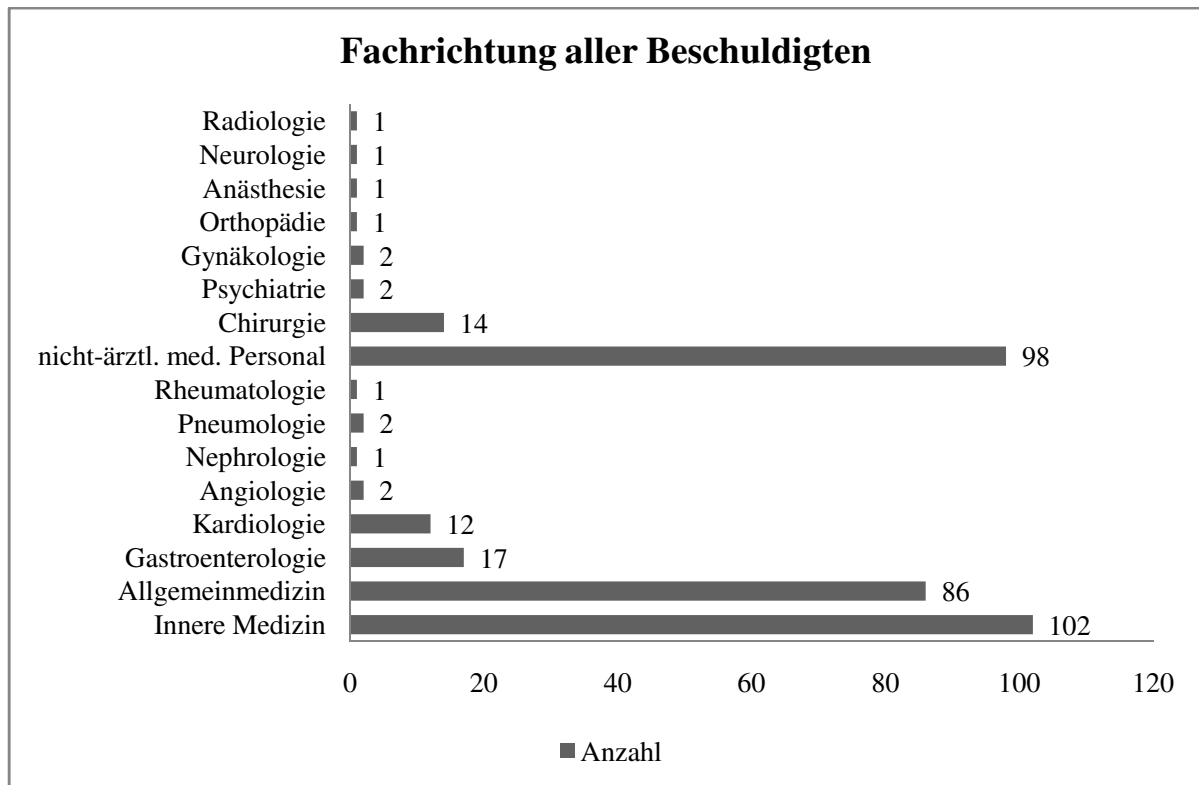
Bei den Fällen der Inneren Medizin wurden 6 Fachgutachten und bei den Fällen der Allgemeinmedizin 4 Fachgutachten vorgeschlagen. Kein Fachgutachten wurde bei den Fällen aus dem Fachbereich des nicht-ärztlichen medizinischen Personals empfohlen.

Die 10 vorgeschlagenen Fachgutachten sollten von Gutachtern aus 7 verschiedenen Fachrichtungen erstellt werden. Am häufigsten wurden Fachgutachten (3) aus dem Bereich der Anästhesie nahe gelegt (Tabelle 5A im Anhang).

4.1.3. Verteilung der Adressaten des Behandlungsfehlervorwurfs auf die einzelnen medizinischen Fachgebiete

Da pro Fall oft mehreren Personen ein Behandlungsfehler angelastet wurde, finden sich in den 247 Fällen insgesamt 343 Beschuldigte. Die Verteilung der 343 Beschuldigten dieser Arbeit auf die einzelnen Fachrichtungen gibt Abbildung 2 wieder. Dabei handelt es sich also sowohl um die Hauptbeschuldigten, deren Anzahl der Zahl der Fälle entspricht, als auch um alle Mitbeschuldigten, deren Anzahl pro Fall größer als 1 sein kann. Die Innere Medizin mit allen Spezialisierungen stellt mit 137 Beschuldigten die größte Gruppe, gefolgt vom nicht-ärztlichen medizinischen Personal mit 98 Beschuldigten. Die Gruppe der Allgemeinmediziner verzeichnet insgesamt 86 Beschuldigte. Die Kardiologie und Gastroenterologie stellen die spezialisierten Fachrichtungen der Inneren Medizin mit dem größten Anteil an Beschuldigten.

Bei Differenzierung nach Haupt- und Mitbeschuldigten lässt sich feststellen, dass die Allgemeinmediziner mit 12,5% die wenigsten Mitbeschuldigten aufweisen. Bei den Internisten mit allen Spezialisierungen und beim nicht-ärztlichen medizinischen Personal findet sich mit jeweils 32,3% die gleiche Prozentzahl an Mitbeschuldigten. Damit haben beide Gruppen einen deutlich größeren Anteil an Mitbeschuldigten als die Gruppe der Allgemeinmediziner (Tabelle 6A, Abbildung 1A und 2A im Anhang).

**Abb. 2**

Um die Entwicklung der Gutachtertätigkeit seit den 1950er Jahren darzustellen, wird ein Vergleich der Zahlen dieser Arbeit mit früheren Dissertationen geführt. In den 25 Jahren von 1950–1975 entspricht die Anzahl der Beschuldigten in der Allgemeinmedizin und der Inneren Medizin nahezu der Anzahl der Beschuldigten in den jeweils 3 Jahren von 1976–1978, 1979–1981 und 1990–1992. Dementsprechend hat sich die Anzahl der Beschuldigten seit 1976 im Vergleich zu 1950–1975 vervielfacht, am deutlichsten beim nicht-ärztlichen medizinischen Personal (Tabelle 1a im Anhang).

Abbildung 3 zeigt die Entwicklung der Gesamtzahl der Beschuldigten des nicht-ärztlichen medizinischen Personals von 1976–2007. Auch hier zeigt sich ab dem Jahr 2005 eine deutliche Zunahme der Anzahl der Beschuldigten (siehe auch Tabelle 2a im Anhang).

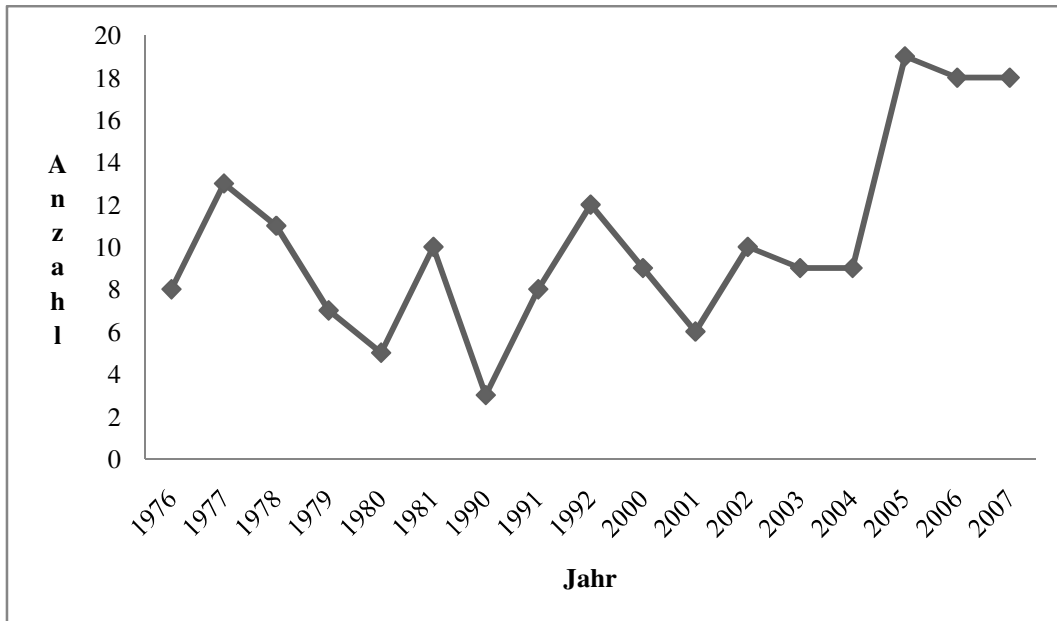


Abb. 3: Entwicklung der Anzahl der Beschuldigten des nicht-ärztlichen medizinischen Personals von 1976–2007

Abbildung 4 zeigt die Entwicklung der Gesamtzahl der Beschuldigten der Inneren Medizin und der Allgemeinmedizin von 1976–2007. Bei insgesamt starken Schwankungen der Anzahl der Beschuldigten pro Jahr ist jedoch eine eindeutige Zu- oder Abnahme nicht zu erkennen (siehe auch Tabelle 3a im Anhang).

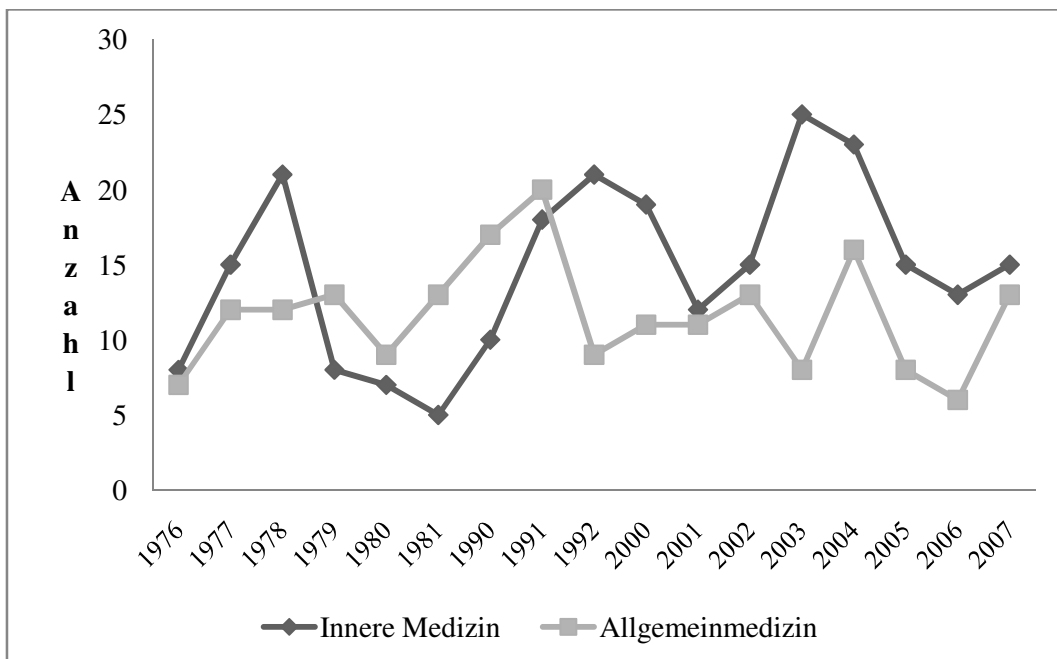


Abb. 4: Entwicklung der Anzahl der Beschuldigten der Inneren Medizin und der Allgemeinmedizin von 1976–2007

Waren in einem Fall mehrere Personen eines Behandlungsfehlers verdächtig, so betraf dies am häufigsten Personen des nicht-ärztlichen medizinischen Personals in Verbindung mit Allgemeinmedizinerinnen und Internisten. Die Zuteilung erfolgte in den Fällen, in denen eine Fachrichtung der betroffenen Personen in den Unterlagen nicht angegeben worden war, aufgrund von Situation und Krankheitsbild (Tabelle 7A im Anhang).

4.1.4. Dauer der Verfahren

Ein Verfahren dauerte vom ersten Vorfall eines unerwünschten Ereignisses bis zum Abschluss im Mittel 641 Tage. Als Abschluss wurde das Datum des letzten Gutachtens der Rechtsmedizin bzw. das Datum des Gerichtsurteils angesehen.

Das Zeitintervall vom ersten Vorfall eines unerwünschten Ereignisses bis zum Erstkontakt mit der Rechtsmedizin betrug im Mittel 199 Tage. Als Erstkontakt wurde das Datum der Sektion bzw. das Datum des Anschreibens des Gerichts gewertet.

Die Zeitspanne vom Erstkontakt der Rechtsmedizin mit einem Fall bis zum Abschluss des Verfahrens betrug im Mittel 437 Tage (Tabelle 8A im Anhang).

In Abbildung 5 wird der definierte Zeitraum zwischen erstem Vorfall eines unerwünschten Ereignisses und dem Erstkontakt der Rechtsmedizin mit einem Fall, in Abhängigkeit vom Vorhandensein einer Sektion, dargestellt. Bei den 152 Fällen, in denen eine Sektion durchgeführt worden war, betrug der Zeitabschnitt vom ersten Vorfall bis zum Erstkontakt mit der Rechtsmedizin im Mittel 58 Tage. Bei den 71 Fällen, in denen keine Sektion durchgeführt worden war, betrug die Zeitspanne vom ersten Vorfall bis zum Erstkontakt mit der Rechtsmedizin im Mittel 500 Tage (siehe auch Tabelle 9A im Anhang).

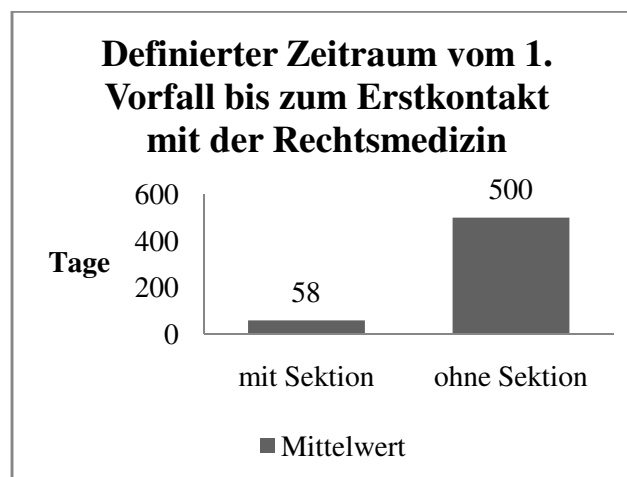


Abb. 5

4.1.5. Ergebnis der Begutachtung

Die Abbildungen 6, 7 und 8 zeigen die rechtsmedizinische Beurteilung des Handelns von Haupt- und Mitbeschuldigten, bezogen auf die verschiedenen Fachrichtungen. Bei den Fällen der Inneren Medizin wurde in 64,2% kein Behandlungsfehler festgestellt. In 10,2% der Fälle konnte keine sichere Aussage getroffen werden. In 17,5% der Fälle konnte zwar ein Behandlungsfehler festgestellt werden, jedoch war dieser nicht bzw. nicht sicher kausal für den Schaden des Patienten. Ein Verstoß gegen die Regeln der ärztlichen Kunst, der auch kausal für den Schaden des Patienten war, konnte in 8,0% der Fälle festgestellt werden.

Eine andere Verteilung ergab sich bei der Beurteilung des Handelns in den Fällen der Allgemeinmedizin und in den Fällen des nicht-ärztlichen medizinischen Personals. In circa der Hälfte der Fälle konnte bei beiden Gruppen kein fehlerhaftes Verhalten festgestellt werden. In 11,6% der allgemeinmedizinischen Fälle wurde ein Behandlungsfehler festgestellt, der für den Schaden des Patienten verantwortlich gemacht werden konnte. Bei den Fällen des nicht-ärztlichen medizinischen Personals waren es sogar 18,4%, in denen ein Behandlungsfehler festgestellt werden konnte, der für den Schaden des Patienten kausal war.

Bei Differenzierung der Spezialisten der Inneren Medizin lässt sich feststellen, dass bei den 10 Fällen der Kardiologie in keinem Fall ein Behandlungsfehler festgestellt werden konnte, der für den Schaden des Patienten ursächlich war (Tabelle 10A im Anhang).

Bei Betrachtung der gutachterlichen Beurteilungen von 1976 bis 2007 ist auffallend, dass die Fälle der Inneren Medizin und der Allgemeinmedizin, in denen rechtsmedizinisch ein kausaler Behandlungsfehler festgestellt wurde, seit dem Jahr 2000 um ca. das Doppelte zugenommen haben. Dagegen sind die Fälle des nicht-ärztlichen medizinischen Personals, in denen ein kausaler Behandlungsfehler festgestellt werden konnte, von 1976 bis 2007 in etwa gleichbleibend, bei allerdings deutlich höherem Niveau als bei der Inneren Medizin und der Allgemeinmedizin (Tabelle 4a im Anhang).

Legende zu den folgenden Abbildungen:

A = Kein Verstoß gegen Regeln der ärztlichen Kunst erkennbar

B = Vorwurf rechtsmedizinisch nicht sicher zu klären

C = Verstoß gegen Regeln der ärztlichen Kunst lag vor, dieser war aber nicht kausal für den negativen Erfolg

D = Verstoß gegen Regeln der ärztlichen Kunst lag vor, dessen Kausalität für den negativen Erfolg ist aber nicht mit der im Strafprozess erforderlichen Sicherheit nachzuweisen

E = Verstoß gegen Regeln der ärztlichen Kunst lag vor, dieser war auch kausal für den negativen Erfolg

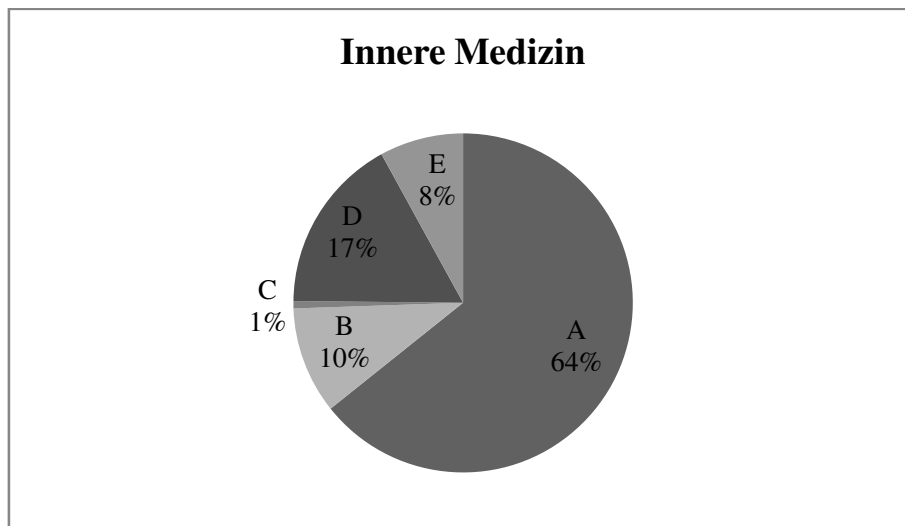


Abb. 6: Beurteilung des Handelns aller Beschuldigten der Inneren Medizin

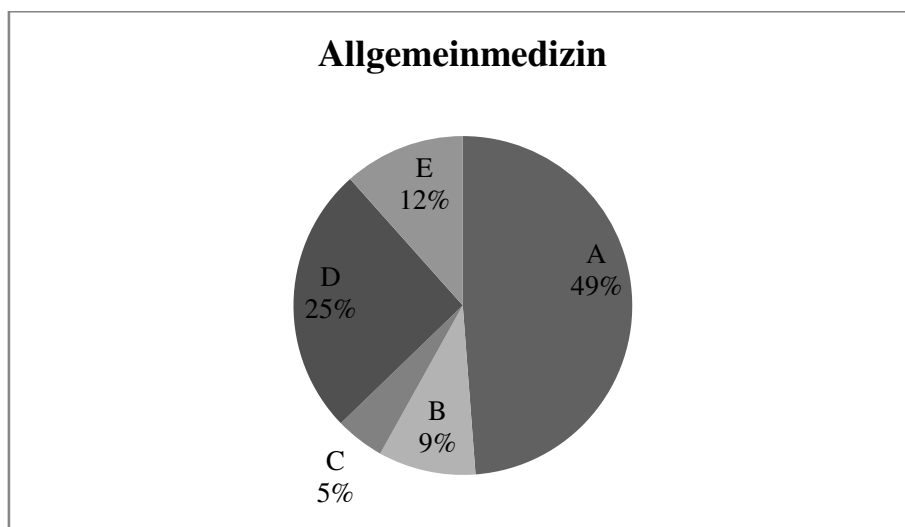


Abb. 7: Beurteilung des Handelns aller Beschuldigten der Allgemeinmedizin

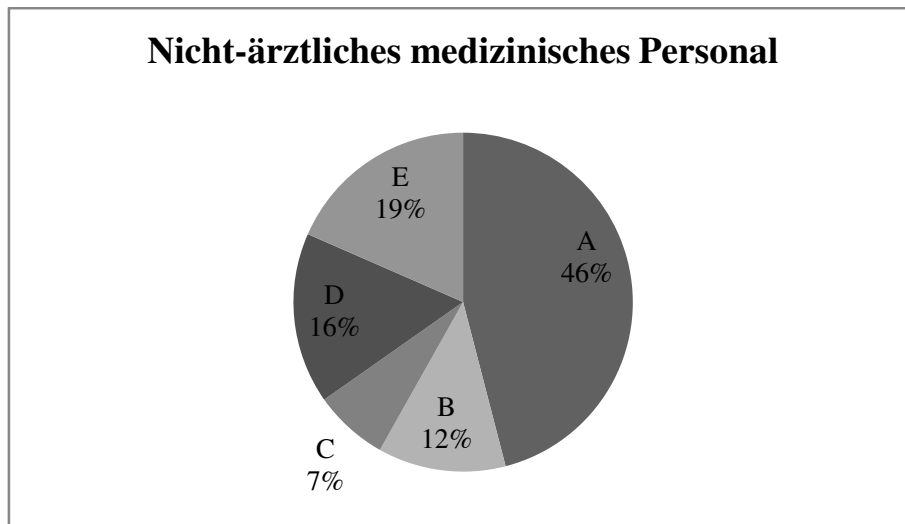


Abb. 8: Beurteilung des Handelns aller Beschuldigten des nicht-ärztlichen medizinischen Personals

Abbildung 9 zeigt die Beurteilung des Handelns aller Beschuldigten, bezogen auf die verschiedenen Fachrichtungen. Der größte Anteil an Fällen, in denen kein Behandlungsfehler festgestellt werden konnte, findet sich im Bereich der Inneren Medizin. In der Gruppe des nicht-ärztlichen medizinischen Personals wurden die meisten Behandlungsfehler festgestellt, die auch kausal für den Schaden des Patienten waren. Die Allgemeinmedizin weist den größten Anteil an Fällen auf, in denen zwar ein Behandlungsfehler festgestellt wurde, dessen Kausalität für den negativen Erfolg aber nicht sicher nachzuweisen war.

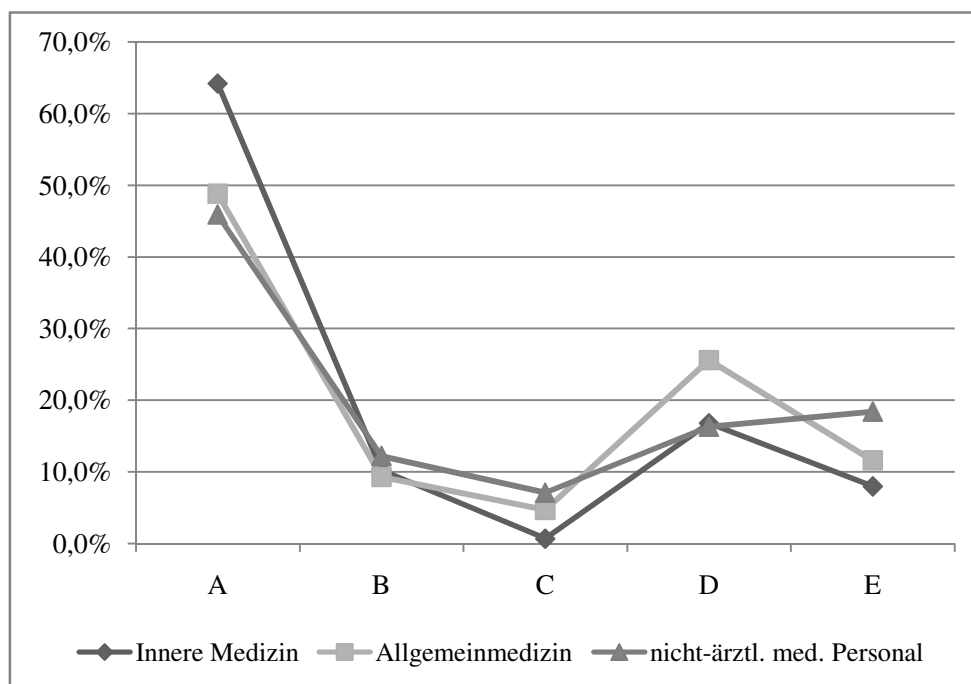


Abb. 9: Rechtsmedizinische Beurteilung des Handelns aller Beschuldigten der Inneren Medizin, der Allgemeinmedizin und des nicht-ärztlichen med. Personals

Betrachtet man nur die 247 Hauptbeschuldigten und somit die Anzahl der Fälle, so ergibt sich folgendes Bild: kausale Behandlungsfehler wurden bei 19,4% der Fälle aus dem Bereich des nicht-ärztlichen medizinischen Personals und bei 10,8% der Fälle aus dem Fachgebiet der Allgemeinmedizin festgestellt. Die wenigsten kausalen Behandlungsfehler findet man bei den Internisten mit 6,6% (Tabelle 11A im Anhang).

4.1.6. Sektionen, differenziert nach der Fachrichtung, in der das unerwünschte Ereignis stattfand und Bedeutung der Sektion für den Fortgang des Verfahrens

Bei den 247 Fällen wurden 152 Sektionen durchgeführt, also in knapp 62% aller Fälle. In 95 Fällen (knapp 39%) wurde keine Sektion durchgeführt.

Mit 90,0% wurde eine Sektion am häufigsten bei den Fällen der Kardiologie durchgeführt. Die 15 Fälle der Gastroenterologie gingen in 13 Fällen (86,7%) mit einer Sektion einher. Bei den 76 Fällen der Inneren Medizin beträgt der Anteil der Fälle mit Sektion 67,1%. In der Allgemeinmedizin wurde in 66,2% der Fälle eine Sektion durchgeführt. Am seltensten lag eine Sektion bei den 67 Fällen des nicht-ärztlichen medizinischen Personals vor (28 Sektionen, also in 41,8% der Fälle) (Tabelle 12A im Anhang).

Tabelle 2 stellt die gutachterliche Beurteilung in Abhängigkeit von der Durchführung einer Sektion dar. Bei den Fällen mit Sektion konnte ein Behandlungsfehler häufiger ausgeschlossen werden (in 61% aller Fälle mit Sektion). Bei den Fällen ohne Sektion konnte ein Behandlungsfehler in 55% aller Fälle widerlegt werden. Bei den Fällen mit einer Sektion kam es auch häufiger zu der Feststellung eines Behandlungsfehlers, dessen Kausalität nicht sicher zu beweisen war (in 20% aller Fälle gegenüber 14% bei den Fällen ohne Sektion). Ein kausaler Behandlungsfehler konnte in 10% aller Fälle mit Sektion und in 14% aller Fälle ohne Sektion festgestellt werden.

Tabelle 2: Rechtsmedizinische Beurteilung aller 247 Fälle in Abhängigkeit von der Durchführung einer Sektion

	A		B		C		D		E		Σ
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n
mit Sektion	93	61%	12	8%	1	1%	31	20%	15	10%	152
ohne Sektion	52	55%	11	12%	6	6%	13	14%	13	14%	95
Summe	145	59%	23	9%	7	3%	44	18%	28	11%	247

Bei den 106 Fällen der Inneren Medizin (inkl. Kardiologie und Gastroenterologie) geht der Verdacht der fahrlässigen Tötung in 84,7% der Fälle und der Verdacht der fahrlässigen Körperverletzung in 5,8% der Fälle mit einer Sektion einher.

Bei den 74 Fällen der Allgemeinmedizin fand sich beim Verdacht der fahrlässigen Tötung in 79,6% der Fälle und beim Verdacht der fahrlässigen Körperverletzung in 26,3% der Fälle eine Sektion.

Bei den 67 Fällen des nicht-ärztlichen medizinischen Personals geht der Verdacht der fahrlässigen Tötung in 61,1% der Fälle und der Verdacht der fahrlässigen Körperverletzung in 14,2% der Fälle mit einer Sektion einher (Tabelle 13A im Anhang).

4.1.7. Ausgang der Verfahren mit Gerichtsurteilen

Die Gerichtsurteile bei den Angeklagten der einzelnen Fachrichtungen sind in Tabelle 3 dargestellt. Insgesamt wurden rechtsmedizinisch 39 kausale Behandlungsfehler festgestellt. Bei einem Beschuldigten, bei dem sich die rechtsmedizinischen Gutachter nicht sicher waren, ob ein Behandlungsfehler vorgelegen hatte, kam es von Seiten des Gerichts ebenfalls zu einem Schuldspruch. Ein Chirurg, der zusammen mit einem Hausarzt und einer Pflegekraft beschuldigt worden war, wurde sowohl rechtsmedizinisch eines kausalen Behandlungsfehlers überführt als auch gerichtlich verurteilt. Da die Chirurgie jedoch nicht Thema dieser Arbeit ist, wurde dieser Chirurg in der Tabelle nicht mit berücksichtigt.

Die 40 Gerichtsurteile betreffen 11 Angeklagte der Inneren Medizin, 11 Angeklagte der Allgemeinmedizin und 18 Angeklagte des nicht-ärztlichen medizinischen Personals. 12 Angeklagte wurden schuldig gesprochen, bei 7 kam es zu einer Einstellung gegen Auflage, 8 wurden frei gesprochen. Bei 13 Angeklagten konnte das Gerichtsurteil nicht in Erfahrung gebracht werden.

Tabelle 3: Gerichtsurteile gegen alle Angeklagten

Fachrichtung	Urteil				Summe
	schuldig	Einstellung gegen Auflage	Einstellung	unbekannt	
Innere Medizin	1	4	3	3	11
	9,1%	36,4%	27,3%	27,3%	
Allgemein- medizin	5	3	1	2	11
	45,5%	27,3%	9,1%	18,2%	
nicht-ärztl. med. Personal	6	0	4	8	18
	33,3%	0,0%	22,2%	44,4%	
Summe	12	7	8	13	40
	30,0%	17,5%	20,0%	32,5%	

Innere Medizin mit 2 Gastroenterologen.

Bei 6 von 18 Angeklagten des nicht-ärztlichen medizinischen Personals (33,3%) lautete das Gerichtsurteil schuldig oder Einstellung gegen Auflage. Bei 5 von 11 Angeklagten der Inneren Medizin (45,5%) lautete das Gerichtsurteil schuldig oder Einstellung gegen Auflage. Von den 11 Allgemeinmedizinern wurden 8 (72,8%) von den Gerichten durch einen Schuldspruch oder eine Einstellung gegen Auflage verurteilt (Tabelle 3 und Tabelle 14A im Anhang).

Bei der Beurteilung des Handelns wurde bei insgesamt 39 Angeklagten rechtsmedizinisch ein kausaler Behandlungsfehler festgestellt. Von diesen 39 Angeklagten wurden vom Gericht 11 schuldig gesprochen, davon allein 6 in der Gruppe des nicht-ärztlichen medizinischen Personals (Tabelle 15A im Anhang).

Von den 6 vom Gericht schuldig gesprochenen Angeklagten des nicht-ärztlichen medizinischen Dienstes waren 3 in einem Alten-/Pflegeheim, 2 bei einem ambulanten Pflegedienst und nur 1 in einem Krankenhaus angestellt (Tabelle 16A im Anhang).

Bei Betrachtung der Gerichtsurteile ist festzustellen, dass allein im Jahr 2004 von den Gerichten 6 Angeklagte schuldig gesprochen wurden. In den übrigen Jahren zwischen 2000 und 2007 wurden jeweils nur bis zu 2 Angeklagte pro Jahr verurteilt (Tabelle 17A im Anhang).

Die Schuldsprüche in den Verfahren verteilen sich jeweils zur Hälfte auf den Sachverhalt der fahrlässigen Körperverletzung und der fahrlässigen Tötung (Tabelle 18A im Anhang).

4.1.8. Eckdaten der Adressaten des Behandlungsfehlervorwurfs

4.1.8.1. Alter und Geschlecht

Abbildung 10 zeigt die Verteilung des Alters der Beschuldigten in den Fachrichtungen der Inneren Medizin, der Allgemeinmedizin und in den Fällen des nicht-ärztlichen medizinischen Personals. Zur Berechnung wurde das Alter zum Zeitpunkt des ersten Vorfalls gewählt. Der größte Anteil an Beschuldigten findet sich in der Altersgruppe der 51–60-jährigen, gefolgt von der Altersgruppe der 41–45-jährigen. Ab einem Alter von 61 Jahren finden sich nur noch wenige Beschuldigte. Eine detaillierte Darstellung lässt sich auch Tabelle 19A im Anhang entnehmen.

Die Aussagekraft ist jedoch eingeschränkt, da den Gutachten nicht in allen Fällen Angaben zum Alter bzw. zum Geburtsdatum der Beschuldigten zu entnehmen waren. Bei den Beschuldigten des nicht-ärztlichen medizinischen Personals konnte das Alter von 32,6% der Beschuldigten ermittelt werden. In der Allgemeinmedizin war das Alter von 27,9%, in der Inneren Medizin von 13,8% der Beschuldigten auszumachen (Tabelle 20A im Anhang).

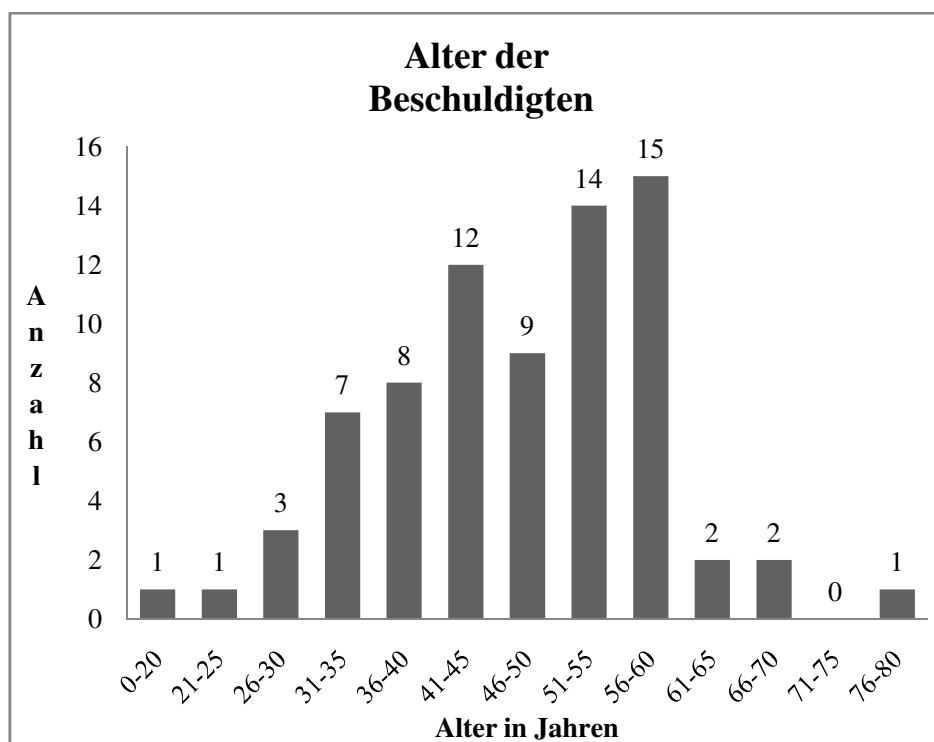


Abb. 10

In der Inneren Medizin liegt der gemittelte Alterswert aller Beschuldigten bei 45 Jahren. In der Allgemeinmedizin sind die Beschuldigten im Durchschnitt 56 Jahre und beim nicht-ärztlichen medizinischen Personal 43 Jahre alt (Tabelle 21A im Anhang).

Bei der Geschlechterverteilung aller Beschuldigten lässt sich ein deutliches Übergewicht bei den männlichen Beschuldigten mit 70,9% im Vergleich zu den weiblichen Beschuldigten mit 29,1% erkennen (Abb. 3A im Anhang).

Tabelle 4 gibt einen Überblick über die Verteilung der Geschlechter der Beschuldigten, bezogen auf die Fachrichtungen. Eine unterschiedliche Geschlechterverteilung der Beschuldigten lässt sich bei Betrachtung der Gruppen der Inneren Medizin und der Allgemeinmedizin im Vergleich zum nicht-ärztlichen medizinischen Personal feststellen. Die Innere Medizin und die Allgemeinmedizin weisen jeweils knapp 85% männliche Beschuldigte und etwas über 15% weibliche Beschuldigte auf. Beim nicht-ärztlichen medizinischen Personal sind es dagegen knapp 61% weibliche und etwas über 39% männliche Beschuldigte (siehe auch Abbildung 4A im Anhang).

Kritisch anzumerken ist, dass nicht bei allen Beschuldigten das Geschlecht zu ermitteln war, da in einigen Fällen der Adressat des Behandlungsfehlervorwurfes im Gutachten nicht explizit genannt wurde. Bei den Beschuldigten der Inneren Medizin war das Geschlecht von 40,8% der Beschuldigten zu ermitteln, in der Gruppe der Allgemeinmedizin von 87,2% und beim nicht-ärztlichen medizinischen Personal von 52,0% der Beschuldigten (Tabelle 22A im Anhang).

Tabelle 4: Geschlecht der Beschuldigten

Fachrichtung	Geschlecht	Anzahl	Prozent	Haupt-beschuldigte	Mit-beschuldigte	Summe
Innere Medizin	männlich	47	83,9%	36	11	
	weiblich	9	16,1%	9	0	56
Allgemeinmedizin	männlich	62	82,7%	57	5	
	weiblich	13	17,3%	12	1	75
nicht- ärztl. med. Personal	männlich	20	39,2%	16	4	
	weiblich	31	60,8%	21	10	51
alle Beschuldigten	männlich	129	70,9%	109	20	
	weiblich	53	29,1%	42	11	182

In der Altersgruppe der 51–60-jährigen Allgemeinmediziner konnte bei der rechtsmedizinischen Begutachtung mit 75,0% am häufigsten ein Behandlungsfehler festgestellt werden, der auch kausal für den Schaden des Patienten war. Die größte Anzahl von Beschuldigten findet sich ebenfalls in dieser Altersgruppe (Tabelle 23A im Anhang).

Alle 8 Allgemeinmediziner, bei denen gutachterlich ein kausaler Behandlungsfehler festgestellt werden konnte, waren im Alter zwischen 41 und 60 Jahren. Von den Gerichten wurden 4 Ärzte schuldig gesprochen. Bei den anderen 4 Ärzten endete das Verfahren mit einer Einstellung bzw. einer Einstellung gegen Auflage. In der Altersgruppe der 41–50-jährigen wurden beide Angeklagten auch schuldig gesprochen (Tabelle 24A im Anhang).

Mit jeweils 36,8% finden sich im Fachbereich der Inneren Medizin die meisten Beschuldigten in den Altersgruppen der 30–40-jährigen und der 41–50-jährigen. Von den 3 Beschuldigten, bei denen die Rechtsmedizin einen kausalen Behandlungsfehler festgestellt hatte, waren 2 in der Altersgruppe der 51–60-jährigen, deren Anteil an allen Beschuldigten nur 15,7% beträgt, und 1 in der Altersgruppe der 30–40-jährigen (Tabelle 25A im Anhang).

Von den Gerichten wurde 1 Internist in der Altersgruppe der 51–60-jährigen für schuldig befunden (Tabelle 26A im Anhang).

Bei den Beschuldigten des nicht-ärztlichen medizinischen Personals ist eine nahezu gleichmäßige Verteilung bei den Altersgruppen der 31–40-jährigen, 41–50-jährigen und 51–60-jährigen zu erkennen. Nur wenige bzw. keine Beschuldigten sind in der Altersgruppe der 20–30-jährigen und in der Altersgruppe der über 60-jährigen anzutreffen. Bei nur 13 Beschuldigten des nicht-ärztlichen medizinischen Personals mit kausalem Behandlungsfehler konnte das Alter ermittelt werden. Von diesen 13 Personen finden sich allein 6 in der Altersgruppe der 51–60-jährigen und 4 in der Altersgruppe der 31–40-jährigen (Tabelle 27A im Anhang).

Schuldig gesprochen wurden vom Gericht 4 Personen des nicht-ärztlichen medizinischen Personals in der Altersgruppe der 51–60-jährigen und jeweils 1 Person in der Altersgruppe der 31–40-jährigen und der 41–50-jährigen (Tabelle 28A im Anhang).

Die gutachterliche Beurteilung des Handelns der betroffenen Allgemeinmediziner, bezogen auf das Geschlecht der Beschuldigten, lässt sich Tabelle 29A im Anhang entnehmen. Dabei ist festzustellen, dass weibliche und männliche Beschuldigte fast den gleichen Anteil an kausalen Behandlungsfehlern aufweisen. Bei den weiblichen Beschuldigten erhielten diese Beurteilung 15,4%, bei den männlichen Beschuldigten 12,9%.

Anders stellt sich die Verteilung bei den Beschuldigten aus dem Fachbereich der Inneren Medizin dar. Bei 21,3% der männlichen und bei keinem der weiblichen Beschuldigten konnte ein kausaler Behandlungsfehler festgestellt werden. Dafür wurde bei 44,4% der weiblichen

Beschuldigten ein Behandlungsfehler erkannt, dessen Kausalität für den Schaden des Patienten jedoch nicht sicher zu beweisen war (Tabelle 30A im Anhang).

In der Gruppe des nicht-ärztlichen medizinischen Personals konnte bei 35,0% der männlichen Beschuldigten und bei 29,0% der weiblichen Beschuldigten ein Behandlungsfehler verzeichnet werden, der für den Schaden des Patienten ursächlich war (Tabelle 31A im Anhang).

Bei den Allgemeinmedizinerinnen wurde von den Gerichten jeweils die Hälfte der männlichen und weiblichen Angeklagten für tatsächlich schuldig befunden (Tabelle 32A im Anhang).

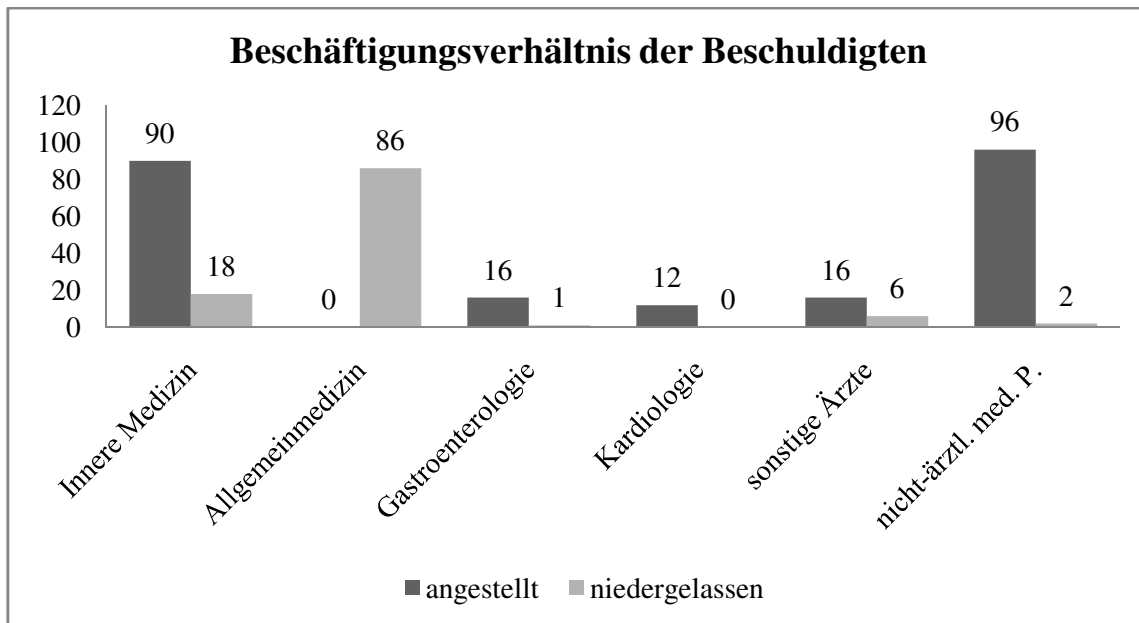
Von den angeklagten Internisten sprachen die Gerichte einen männlichen Angeklagten schuldig. Bei zwei männlichen Ärzten ist der Ausgang des Verfahrens unbekannt (Tabelle 33A im Anhang).

Von den 16 Personen des nicht-ärztlichen medizinischen Personals mit rechtsmedizinisch nachgewiesenem kausalem Behandlungsfehler, bei denen das Geschlecht aus der Aktenlage ersichtlich war, wurden von den Gerichten jeweils 3 männliche und 3 weibliche Personen für tatsächlich schuldig befunden. Bei 6 Personen ist der Ausgang des Verfahrens unbekannt (Tabelle 34A im Anhang).

Anzumerken ist nochmals, dass hier die Fallzahlen in vielen Fällen gering sind, was bei Betrachtung der Ergebnisse und der Wertigkeit der Aussage zu berücksichtigen ist.

4.1.8.2. Beschäftigungsverhältnis

Abbildung 11 zeigt das Beschäftigungsverhältnis der Beschuldigten. Von den 108 Beschuldigten der Inneren Medizin sind 83,3% angestellt und 16,7% niedergelassen. In der Gruppe der Gastroenterologen sind 94,1% angestellt, 5,9% niedergelassen. Die 12 vom Verdacht eines Behandlungsfehlers betroffenen Kardiologen sind alle angestellt. In einigen Fällen konnte aufgrund des Sachverhaltes nicht sicher bestimmt werden, ob es sich beispielsweise um einen niedergelassenen Gastroenterologen, Kardiologen oder um einen Allgemeinmediziner bzw. Hausarzt handelte. Ergab die Internetrecherche mit dem Klartextnamen des betroffenen Arztes kein eindeutiges Ergebnis, so wurden diese Fälle den Allgemeinmedizinerinnen zugeordnet. In der Gruppe des nicht-ärztlichen medizinischen Personals finden sich 2 niedergelassene Beschuldigte, eine Fußpflegerin und eine private häusliche Krankenpflegerin (siehe auch Tabelle 35A im Anhang).

**Abb. 11**

Betrachtet man das Beschäftigungsverhältnis aller Beschuldigten, so sind ein Drittel niedergelassen und zwei Drittel angestellt (Abb. 5A im Anhang).

Die gutachterliche Beurteilung des Handelns der betroffenen Personen in den verschiedenen Berufsgruppen, differenziert in angestellt und niedergelassen, gibt Tabelle 5 wieder.

Tabelle 5: Rechtsmedizinische Beurteilung des Handelns der Beschuldigten, bezogen auf deren Fachrichtung und Beschäftigungsverhältnis

Fachrichtung	Beschäfti- gungs- verhältnis	Beurteilung										Σ
		A		B		C		D		E		
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	
Innere Medizin	angestellt	60	66,7%	6	6,7%	1	1,1%	15	16,7%	8	8,9%	90
	niedergel.	10	55,6%	2	11,1%	0	0,0%	5	27,8%	1	5,6%	18
Allgemein- medizin	angestellt	0		0		0		0		0		0
	niedergel.	42	48,8%	8	9,3%	4	4,7%	22	25,6%	10	11,6%	86
Gastro- enterologie	angestellt	7	43,8%	5	31,3%	0	0,0%	2	12,5%	2	12,5%	16
	niedergel.	1	100,0%	0		0		0		0		1
Kardiologie	angestellt	10	83,3%	1	8,3%	0	0,0%	1	8,3%	0	0,0%	12
	niedergel.	0		0		0		0		0		0
Psychiatrie	angestellt	2	100,0%	0		0		0		0		2
	niedergel.	0		0		0		0		0		0
Anästhesie	angestellt	0		0		0		0		0		0
	niedergel.	0		0		0		1	100,0%	0		1
Chirurgie	angestellt	8	61,5%	3	23,1%	0	0,0%	2	15,4%	0	0,0%	13
	niedergel.	0		0		0		0		1		1
Gynäkologie	angestellt	1	100,0%	0		0		0		0		1
	niedergel.	1	100,0%	0		0		0		0		1
Neurologie	angestellt	0		0		0		0		0		0
	niedergel.	1	100,0%	0		0		0		0		1
Orthopädie	angestellt	0		0		0		0		0		0
	niedergel.	1	100,0%	0		0		0		0		1
Radiologie	angestellt	0		0		0		0		0		0
	niedergel.	0		1	100,0%	0		0		0		1
nicht-ärztl. med. Personal	angestellt	44	45,8%	11	11,5%	7	7,3%	16	16,7%	18	18,8%	96
	niedergel.	1	50,0%	1	50,0%	0		0		0		2
Summe		189	55,1%	38	11,1%	12	3,5%	64	18,7%	40	11,7%	343

Innere Medizin einschließlich 2 Angiologen, 1 Nephrologe, 2 Pneumologen u. 1 Rheumatologe.

Bei den 2 Niedergelassenen des nicht-ärztlichen medizinischen Personals handelt es sich um 1 Fußpflegerin und um 1 private ambulante Krankenpflegerin.

Bei Betrachtung aller 343 Beschuldigten konnte in 11,7% der Fälle ein Behandlungsfehler festgestellt werden, der auch kausal für den Schaden des Patienten war. Die betroffenen Internisten liegen deutlich unter diesem Schnitt. Die angestellten Internisten konnten in 8,9% der

Fälle eines kausalen Behandlungsfehlers überführt werden, bei den niedergelassenen Internisten lag diese Quote gar nur bei 5,6%.

Bei den im Krankenhaus angestellten Ärzten ist die Innere Medizin ohne Spezialisierungen mit 64,2% am häufigsten vertreten, gefolgt von den Gastroenterologen mit 11,9% und den Kardiologen mit 9,0%. Mitbeschuldigte Chirurgen stellen 9,7% aller betroffenen Krankenhausärzte. Behandlungsfehler von Chirurgen sind nicht Bestandteil dieser Dissertation. Chirurgen wurden in die Arbeit nur aufgenommen, wenn sie Mitbeschuldigte in den von der Rechtsmedizin zu begutachtenden Fällen waren (Tabelle 36A im Anhang).

Am häufigsten ist das nicht-ärztliche medizinische Personal in Alten/Pflegeheimen mit 65,3% vom Verdacht eines Behandlungsfehlers betroffen, gefolgt vom Pflegepersonal im Krankenhaus mit 21,4%. Der Anteil der Beschuldigten in der ambulanten Pflege beträgt 6,1% (Tabellen 37A und 38A im Anhang).

4.1.8.3. Position

Die genaue Position bzw. der Ausbildungsstand war den Gutachten und Gerichtsakten bei 40 Beschuldigten zu entnehmen. Es waren 12 betroffene Chefärzte, 10 Oberärzte, 8 Assistenzärzte, 6 Bereitschaftsärzte und 4 Arzthelferinnen zu verzeichnen. Ein kausaler Behandlungsfehler konnte bei 4 Chefärzten (33,3%), jeweils bei 2 Ober- und Assistenzärzten (20,0% und 25,0%), sowie bei 2 Arzthelferinnen (50,0%) festgestellt werden. Bei den Bereitschaftsärzten war kein kausaler Behandlungsfehler zu erkennen (Tabelle 39A im Anhang).

Von den Gerichten wurde 1 Oberarzt schuldig gesprochen. Einstellungen gegen Auflage wurden gegen 2 Chefärzte und 1 Assistenzarzt verhängt (Tabelle 40A im Anhang).

4.1.9. Eckdaten des betroffenen Patientenkollektivs

In den 247 Fällen sind 271 Patienten von möglichen Behandlungsfehlern betroffen. Hinsichtlich des Alters dieser Patienten waren 234 Fälle mit 258 Patienten auswertbar. In 13 Fällen fand sich keine Angabe über das Alter. In 6 Fällen waren zwischen 2 und 14 Patienten pro Fall zu verzeichnen. Das durchschnittliche Alter der Patienten beträgt 68 Jahre (Tabelle 41A im Anhang).

Die größte Anzahl männlicher Patienten ist zwischen dem 51. und 85. Lebensjahr zu finden. Hier ist die Anzahl betroffener Patienten auch nahezu konstant. Bei den betroffenen weibli-

chen Patienten ist ein starker Anstieg vom 61. bis 90. Lebensjahr zu erkennen, mit dem Gipfel bei den 81 bis 90-jährigen. Ab dem 66. Lebensjahr sind deutlich mehr weibliche als männliche Patienten mögliche Opfer von behaupteten Behandlungsfehlern (Abbildung 12 und Tabelle 42A im Anhang).

Bei der Geschlechterverteilung der betroffenen Patienten lässt sich ausmachen, dass der Anteil der weiblichen Patienten mit 62,0% größer ist als der Anteil der männlichen Patienten mit 38,0% (Tabelle 43A und Abbildung 6A im Anhang).

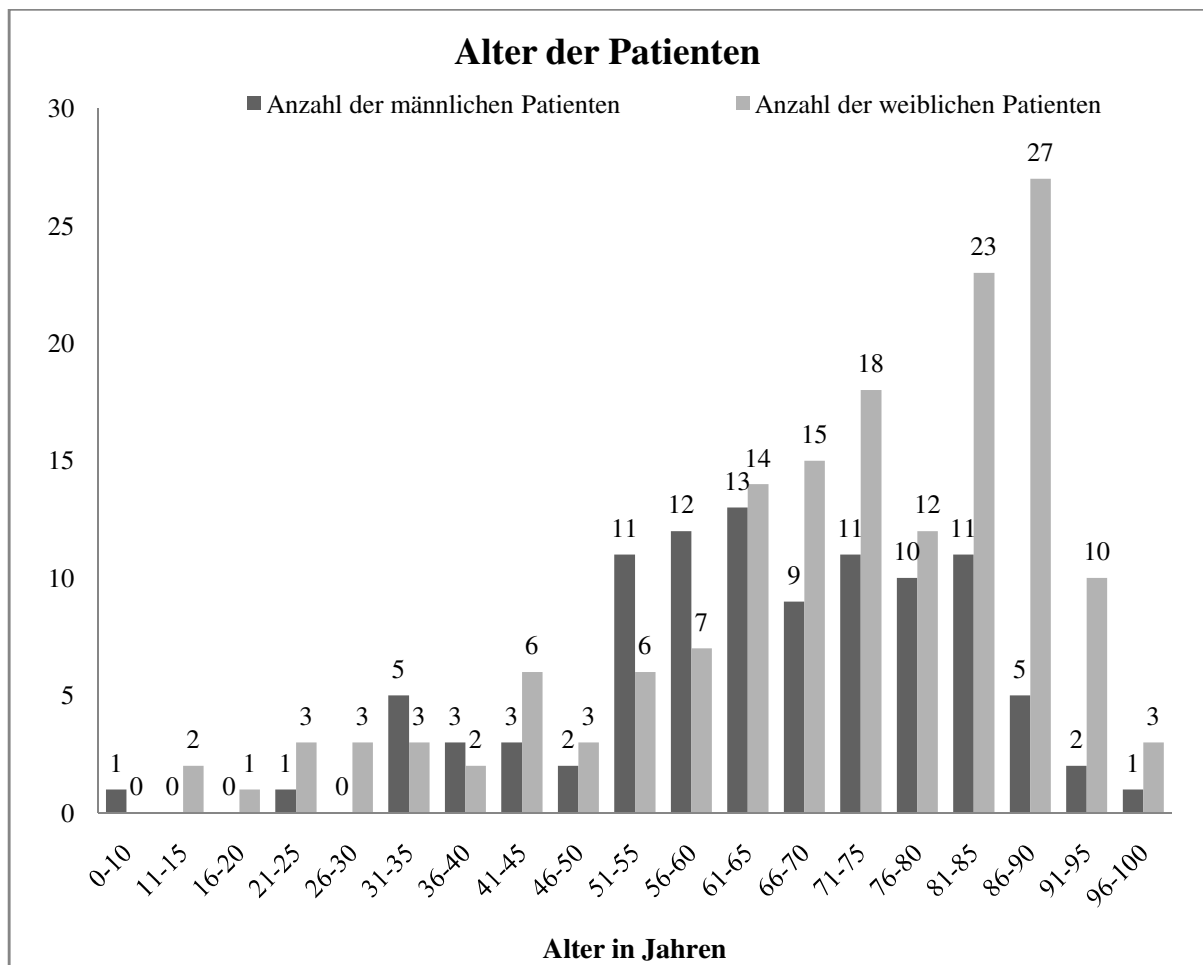


Abb. 12

Abbildung 13 zeigt die Aufteilung der Geschlechter der betroffenen Patienten bezogen auf die Fachrichtung der Adressaten des Behandlungsfehlervorwurfes. In 5 Fällen des nicht-ärztlichen medizinischen Personals waren mehrere Patienten betroffen. Bei 1 Hausarzt gab es 1 Fall, in dem 2 weibliche Patienten mögliche Opfer eines behaupteten Behandlungsfehlers gewesen waren. In sämtlichen Fachgebieten sind deutlich mehr weibliche als männliche Patienten betroffen. Die meisten weiblichen Patienten finden sich bei den Beschuldigten des nicht-ärztlichen medizinischen Personals mit 63 (70,0%) gegenüber 27 (30,0%) männlichen

Patienten. In der Inneren Medizin (inkl. Spezialisten) gibt es die wenigsten weiblichen Patienten, bei deren Behandlung der Verdacht eines Behandlungsfehlers bestand (54,7% gegenüber 45,3% männlichen Patienten). Eine detaillierte Ansicht ist auch Tabelle 44A im Anhang zu entnehmen.

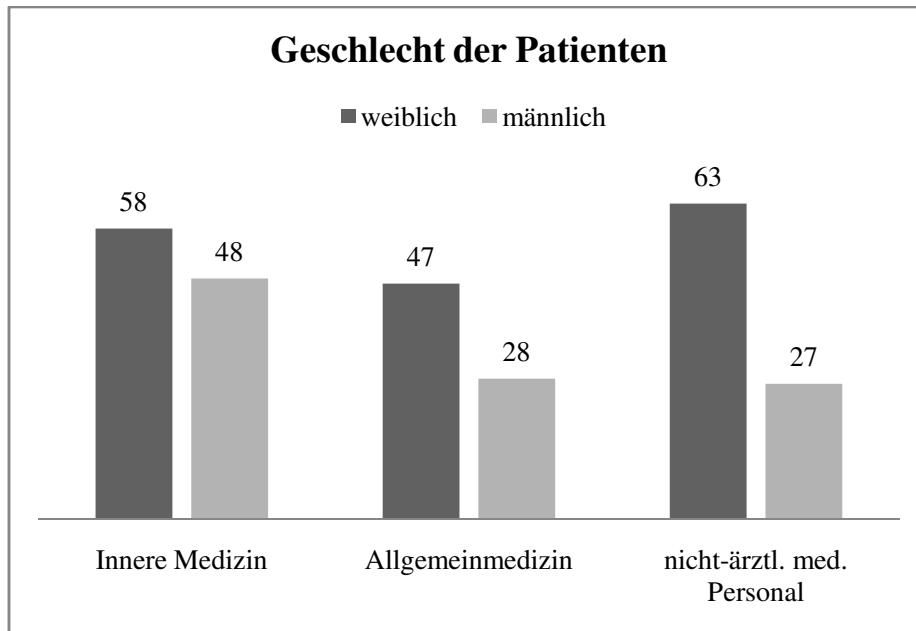


Abb. 13
Innere Medizin mit allen Spezialisierungen.

4.1.10. Anlass der Verfahren

War in dem Gutachten ersichtlich, dass Behandlungsfehlervorwürfe von Angehörigen bzw. vom Patienten selbst formuliert worden waren, so wurde dies tabellarisch erfasst. Die Staatsanwaltschaft wurde hier nach § 158 StPO (Strafanzeige; Strafantrag) tätig. War dies nicht ersichtlich oder wurde die Todesart in der Todesbescheinigung als „ungeklärt“ bzw. „nicht-natürlich“ angegeben, so wurde davon ausgegangen, dass das Ermittlungsverfahren von der Staatsanwaltschaft nach § 159 StPO eingeleitet worden war. In den 6 Zivilverfahren erhoben jeweils 3 Patienten selbst und 3 Angehörige Klage.

Bei Betrachtung aller Fachrichtungen lässt sich feststellen, dass in 45,7% aller Fälle Vorwürfe von den Angehörigen erhoben worden waren. In 7,3% der Fälle hatte der betroffene Patient die Vorwürfe selbst formuliert. In 35,2% der Fälle war das Ermittlungsverfahren von der Staatsanwaltschaft nach § 159 StPO eingeleitet worden.

Die Innere Medizin weist mit 53,8% einen besonders hohen Anteil an Vorwürfen durch Angehörige auf. In der Erhebungsgruppe Allgemeinmedizin gaben in 39,2% der Fälle Ange-

hörige Anlass ein Verfahren einzuleiten. Ebenfalls in 39,2% der Fälle wurde das Verfahren von der Staatsanwaltschaft nach § 159 StPO von Amts wegen eingeleitet. Bei den Fällen des nicht-ärztlichen medizinischen Personals finden sich mit 26,9% die wenigsten von der Staatsanwaltschaft nach § 159 StPO eingeleiteten Ermittlungsverfahren. Anlass der Verfahren war hier in 25,4% der Fälle die Gruppe, die unter „Dritte“ geführt wird (Tabelle 45A und Abbildung 7A im Anhang).

In der Gruppe der 29 „Dritten“ finden sich 9 Ärzte, 6 Pflegekräfte und weniger häufig dreimal der MDK, 2 Betreuer und je einmal Vertreter aus verschiedenen Gruppen (Tabelle 46A im Anhang).

In der Gruppe der 113 Angehörigen sind 30 Töchter, 19 Söhne, jeweils 15 Ehefrauen und Ehemänner, sowie 4 Brüder, jeweils 3 Mütter und Schwestern, 2 Eltern und 1 Cousine anzuführen (Tabelle 47A im Anhang).

Tabelle 6 setzt die gutachterliche Beurteilung der Fälle in Beziehung zum Anlass der Verfahren. In den 87 Fällen, in denen die Staatsanwaltschaft nach § 159 StPO tätig geworden war, wurde in 12,6% der Fälle von den Rechtsmedizinern ein kausaler Behandlungsfehler erkannt. Gaben „Dritte“ Anlass für das Verfahren, wurde in 17,2% der Fälle ein kausaler Behandlungsfehler erkannt. Am höchsten ist dieser Anteil mit 27,8% in den Fällen, in denen der Patient selbst Vorwürfe formuliert hatte. In den Fällen, in denen Angehörige den Anfangsverdacht geäußert hatten, konnte nur in 6,2% der Fälle ein Behandlungsfehler festgestellt werden, der auch kausal für den Schaden des Patienten war. In jeweils knapp über 70% der Fälle, in denen die Staatsanwaltschaft nach § 159 StPO tätig geworden war oder Angehörige die Anregung für das Verfahren gegeben hatten, konnte ein Behandlungsfehler nicht oder nicht sicher festgestellt werden.

Tabelle 6: Rechtsmedizinische Beurteilung, bezogen auf den Anlass des Verfahrens

Beurteilung	Anlass des Verfahrens								Summe
	§ 159 StPO		Patient		Angehörige		Dritte		
	n	%	n	%	n	%	n	%	
A	55	63,2%	9	50,0%	67	59,3%	14	48,3%	145
B	8	9,2%	0	0,0%	13	11,5%	2	6,9%	23
C	0	0,0%	1	5,6%	5	4,4%	1	3,4%	7
D	13	14,9%	3	16,7%	21	18,6%	7	24,1%	44
E	11	12,6%	5	27,8%	7	6,2%	5	17,2%	28
Summe	87	100,0%	18	100,0%	113	100,0%	29	100,0%	247

§ 159 StPO = Staatsanwaltschaft wird tätig bei Verdacht auf unnatürlichen Tod.

4.1.11. Differenzierung der Verdachtsmomente wegen Behandlungsfehlern

4.1.11.1. Aufteilung in Zivil- und Strafrecht

Abbildung 14 zeigt die Aufteilung in zivil- und strafrechtliche Fälle. Hier wird deutlich, dass es sich in den meisten Fällen um strafrechtliche Fälle handelt. Die zivilrechtlichen Fälle haben lediglich einen Anteil von knapp über 2% der Fälle (siehe auch Tabelle 48A im Anhang). Tabelle 7 gibt die Verteilung von zivil- und strafrechtlichen Fällen auf die Fachrichtung der Hauptbeschuldigten wieder.

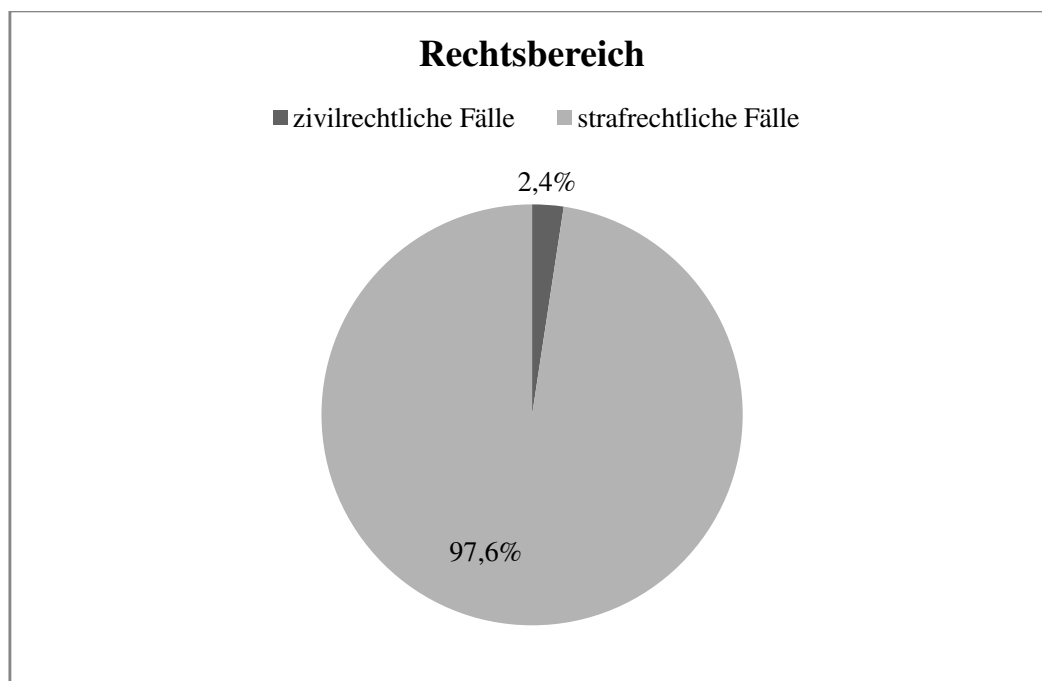
**Abb. 14**

Tabelle 7: Verteilung von zivil- und strafrechtlichen Fällen auf betroffene Fachrichtungen

Fachrichtung		Jahr								
		2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	Σ
Innere Medizin	strafrechtlich	9	4	4	17	16	11	7	8	76
	zivilrechtlich	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Allgemein- medizin	strafrechtlich	9	7	11	4	15	8	5	12	71
	zivilrechtlich	0	1	0	2	0	0	0	0	3
Gastro- enterologie	strafrechtlich	5	2	2	3	2	0	0	1	15
	zivilrechtlich	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Kardiologie	strafrechtlich	0	2	3	2	1	0	1	1	10
	zivilrechtlich	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Angiologie	strafrechtlich	0	0	0	0	0	0	1	1	2
	zivilrechtlich	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Nephrologie	strafrechtlich	1	0	0	0	0	0	0	0	1
	zivilrechtlich	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Pneumologie	strafrechtlich	1	0	0	0	0	1	0	0	2
	zivilrechtlich	0	0	0	0	0	0	0	0	0
nicht-ärztl. med. Personal	strafrechtlich	7	4	7	5	6	13	10	12	64
	zivilrechtlich	0	1	1	0	0	0	1	0	3
Summe		32	21	28	33	40	33	25	35	247

Insgesamt gab es bei den 6 zivilrechtlich behandelten Fällen 8 Beklagte (inklusive 2 Mitbeklagte). Davon wurden 3 Beklagte eines Behandlungsfehlers überführt, der auch kausal für den Schaden des Patienten war; 1 in der Gruppe der Allgemeinmediziner, 2 in der Gruppe des nicht-ärztlichen medizinischen Personals (Tabelle 49A im Anhang).

4.1.11.2. Verteilung der Verdachtsmomente fahrlässige Körperverletzung und fahrlässige Tötung

Bei den zu prüfenden Sachverhalten handelt es sich in 70,9% der Fälle um fahrlässige Tötung. Die fahrlässige Körperverletzung nimmt einen Anteil von 25,9% ein. In 3,2% der Fälle wurde von Seiten der Staatsanwaltschaft gebeten, dass auch der Verdacht der fahrlässigen Körperverletzung geprüft werden sollte, wenn der Verdacht der fahrlässigen Tötung nicht nachzuweisen wäre. Ab dem Jahr 2004 nehmen die Verdachtsmomente der fahrlässigen Körperverletzung leicht zu (Tabelle 50A und Abbildung 8A im Anhang).

Der Verdacht der fahrlässigen Körperverletzung wurde am häufigsten in der Gruppe des nicht-ärztlichen medizinischen Personals mit 41,8% der Fälle ausgesprochen. In der Allgemeinmedizin nehmen diese Fälle 25,7% ein, in der Inneren Medizin nur 16,0%. Dementsprechend finden sich beim Sachverhalt der fahrlässigen Tötung umgekehrte Verhältnisse. Der Anteil dieser Fälle ist in der Inneren Medizin mit 80,2% am größten, gefolgt von der Allgemeinmedizin mit 73,0% und dem nicht-ärztlichen medizinischen Personal mit 53,7%. Bei Aufgliederung der Inneren Medizin in ihre Spezialisierungen trifft der Verdacht der fahrlässigen Tötung alle 15 betroffenen Gastroenterologen und 9 von 10 Kardiologen (Tabellen 51A, 52A und Abbildung 9A im Anhang).

Beim Vergleich der zu begutachtenden Sachverhalte im Zeitraum von 2000–2007 mit 1990–1992 lässt sich feststellen, dass sich in der Gruppe der Allgemeinmediziner das Verhältnis von fahrlässiger Körperverletzung und fahrlässiger Tötung kaum verändert hat.

In der Gruppe der Internisten zeigt sich die Verteilung anders. Hier nimmt der Verdacht der fahrlässigen Körperverletzung im Zeitraum von 2000–2007 einen Anteil von 18,2% ein, der Verdacht der fahrlässigen Tötung weist einen Anteil von 78,8% auf. Im Zeitraum 1990–1992 liegt der Verdacht der fahrlässigen Körperverletzung bei 31,3%, der der fahrlässigen Tötung bei 68,8%.

In der Gruppe des nicht-ärztlichen medizinischen Personals nimmt der Verdacht der fahrlässigen Körperverletzung von 1990–1992 einen Anteil von 41,7% ein, die fahrlässige Tötung liegt bei 58,3%. Im Zeitraum 2000–2007 sinken die zu überprüfenden Sachverhalte mit fahrlässiger Körperverletzung auf 38,2%, während sich der Anteil der fahrlässigen Tötung entsprechend auf 61,8% erhöht (Tabellen 2a und 5a im Anhang).

In der Regel trifft der Verdacht der fahrlässigen Körperverletzung oder fahrlässigen Tötung alle Beschuldigten eines Falles gleichermaßen, da in den Erstgutachten nicht nach Adressaten unterschieden wird. In der Arbeit über den Untersuchungszeitraum 1990–1992 beziehen sich die Verdachtsmomente der fahrlässigen Körperverletzung und fahrlässigen Tötung jedoch nicht auf den einzelnen Fall, sondern auf jeden einzelnen Beschuldigten eines Falles. Weil ein Fall mehrere Beschuldigte aufweisen kann, wird daher auch der Vergleich mit allen Beschuldigten eines Falles geführt. Dies kann, wie o.a. zu einer leichten Verzerrung des Ergebnisses führen.

Bei Betrachtung der gutachterlichen Beurteilungen der Fälle in den einzelnen Fachrichtungen, ergibt sich bezüglich der Verdachtsmomente fahrlässige Körperverletzung und fahrlässige

Tötung folgendes Bild: Bei den 137 Internisten konnten 2,9% des Tatbestandes der fahrlässigen Körperverletzung und 5,1% des Tatbestandes der fahrlässigen Tötung überführt werden.

Bei 7,0% der 86 Allgemeinmediziner konnte ein kausaler Behandlungsfehler mit fahrlässiger Körperverletzung und bei 4,7% ein kausaler Behandlungsfehler mit fahrlässiger Tötung festgestellt werden.

Im Bereich des nicht-ärztlichen medizinischen Personals wurden wegen eines Behandlungsfehlers 10,2% der fahrlässigen Körperverletzung und 6,1% der fahrlässigen Tötung überführt.

Bei den 3 Fachrichtungen, die Gegenstand dieser Arbeit sind, lautete der Anfangsverdacht insgesamt häufiger auf fahrlässige Tötung als auf fahrlässige Körperverletzung. Der Verdacht der fahrlässigen Tötung war bei 227 Personen, der Verdacht der fahrlässigen Körperverletzung bei 85 Personen zu beurteilen. Von allen Fällen mit dem Anfangsverdacht der fahrlässigen Tötung wurde bei 7,5% der Beschuldigten ein kausaler Behandlungsfehler festgestellt. Bei den Beschuldigten mit dem Anfangsverdacht der fahrlässigen Körperverletzung wurde bei 23,5% ein kausaler Behandlungsfehler erkannt. Der Anteil der Fälle mit kausalem Behandlungsfehler zeigt vor allem beim Tatbestand der fahrlässigen Körperverletzung eine Zunahme ausgehend von den Internisten (16,0%) über die Allgemeinmediziner (25,0%) bis hin zum nicht-ärztlichen medizinischen Personal (27,8%). Wenn der Anfangsverdacht auf fahrlässige Tötung gelaute hatte, wurden 6,5% der Internisten, 6,6% der Allgemeinmediziner und 10,3% des nicht-ärztlichen medizinischen Personals eines Behandlungsfehlers überführt, der kausal für den Schaden des Patienten war. Bei den 9 Beschuldigten, bei denen sowohl eine fahrlässige Tötung als auch eine fahrlässige Körperverletzung zu prüfen war, beträgt der Anteil der kausalen Behandlungsfehler 22,2% (Tabelle 53A im Anhang).

4.1.11.3. Differenzierung der zu beurteilenden Behandlungsfehlertypen

Beim Versuch einer Kategorisierung von Behandlungsfehlertypen ist anzumerken, dass sich das immens weite Spektrum von Fehlermöglichkeiten nicht zwanglos klassifizieren lässt. Eine einheitliche Klassifikation ist auch in der Literatur nicht erkennbar. Auf Grundlage der erhobenen Daten wurde für die vorliegende Arbeit eine als hinreichend umfassend und adäquat eingestufte Unterteilung gewählt.

Da im Einzelfall mehrere Arten von möglichen Behandlungsfehlern zu beurteilen waren, finden sich bei den 245 betroffenen Ärzten insgesamt 361 behauptete Behandlungsfehler. Das zu beurteilende Handeln wurde in 12 Fallgruppen unterteilt.

Am häufigsten zu beurteilen war, ob eine fehlerhafte Befunderhebung mit entsprechend falscher Therapie (18,6% der Behandlungsfehlervorwürfe), eine fehlerhafte Durchführung einer Behandlung, meist invasive Maßnahmen (17,2% der Behandlungsfehlervorwürfe) und ob ein Unterlassen medizinisch gebotener Maßnahmen (14,1% der Behandlungsfehlervorwürfe) vorgelegen haben. Der Verdacht einer fehlerhaften Medikation war in 11,1% der Fälle zu beurteilen.

In 10,5% der Fälle wurde ein möglicher Behandlungsfehler nicht näher beschrieben. Hier sollte ganz allgemein aus den Krankenunterlagen ein möglicher ärztlicher Fehler beurteilt werden (Tabelle 54A im Anhang).

Da in einigen Fällen mehrere Pflegefehlervorwürfe erhoben wurden, finden sich insgesamt 208 behauptete Pflegefehler. Die Pflegefehlervorwürfe wurden in 19 Fallgruppen unterteilt.

Am häufigsten findet sich der Pflegefehlervorwurf, dass die Pflegekraft keinen Arzt informiert hat, obwohl die Situation dies erfordert hätte (15,8% der Pflegefehlervorwürfe). Ebenfalls häufig zu beurteilen waren behauptete mangelhafte Überwachung (10,5%), Organisationsmängel (9,1%), fehlerhafte Dekubitus-Behandlung (8,1%), Fehler bei der Körperpflege (8,1%) sowie behauptete Fehler bei der Medikamentensicherheit (7,6%) (Tabelle 55A im Anhang).

Nach Durchsicht aller relevanten Krankenunterlagen durch den rechtsmedizinischen Gutachter konnte in den meisten Fällen eine richtungsweisende Aussage getroffen werden. In 46,9% der Fälle konnte demnach kein Behandlungsfehler festgestellt werden. In 43,7% der Fälle konnte ein Behandlungsfehler erkannt werden. In 9,4% der Fälle konnte ein Behandlungsfehler weder bejaht noch ausgeschlossen werden.

Bei allen 343 Beschuldigten hat die Rechtsmedizin insgesamt 214 Behandlungsfehler festgestellt. Am häufigsten wurde durch die rechtsmedizinischen Gutachter eine fehlerhafte Befunderhebung mit entsprechend falscher Therapie erkannt (10,7% aller Behandlungsfehler). Ebenfalls häufig waren Pflegefehler (8,2%) und unterlassene bzw. verspätete Krankenhauseinweisungen (6,5%) (Tabelle 56A im Anhang).

Von den Rechtsmedizinern konnte bei 189 (54,5%) von insgesamt 343 Beschuldigten kein Behandlungsfehler festgestellt werden. Bei 38 Beschuldigten (10,6%) konnte ein Behandlungsfehler weder bejaht noch ausgeschlossen werden. Bei 47 Beschuldigten (14,6%) sind die behaupteten und bestätigten Arten von Behandlungsfehlern identisch. Unterschiedlich sind sie

bei 43 Beschuldigten (12,8%). Bei 26 Beschuldigten (7,5%) wurden von den Gutachtern zusätzliche Arten von Behandlungsfehlern erhoben.

Bei 64,2% der Beschuldigten aus dem Bereich der Inneren Medizin konnte kein Behandlungsfehler festgestellt werden. Dieser Prozentsatz ist so hoch wie bei sonst keiner anderen hier untersuchten Berufsgruppe. Auch wurden hier kaum zusätzliche Arten von Behandlungsfehlern erkannt (3,6% der Beschuldigten). In der Gruppe der Allgemeinmediziner und des nicht-ärztlichen medizinischen Personals wurde in etwa gleich vielen Fällen mit 48,8% bzw. 45,9% kein Behandlungsfehler festgestellt. Die geringste Übereinstimmung, bezüglich behaupteter und festgestellter Arten von Behandlungsfehlern, gibt es bei den Beschuldigten des nicht-ärztlichen medizinischen Personals (Tabellen 57A und 58A im Anhang).

Bei genauer Durchsicht aller Fälle lässt sich eine Gewichtung der behaupteten Behandlungsfehler vornehmen, um ein noch aussagekräftigeres Ergebnis zu erhalten. So wurde im Folgenden versucht, auf Grundlage der vorliegenden Kasuistik, für jeden Beschuldigten genau einen Behandlungsfehlervorwurf zu bestimmen, der am wesentlichsten für das unerwünschte Ereignis war.

Fehlerhafte Befunderhebung und entsprechend falsche Therapie treten bei Ärzten mit 24,1% am häufigsten bei den zu prüfenden Behandlungsfehlertypen auf. Die mögliche fehlerhafte Durchführung einer Behandlung folgt mit 20,8%. Unterlassen medizinisch gebotener Maßnahmen und fehlerhafte Medikation betreffen jeweils 11,8% aller Behandlungsfehlervorwürfe (Tabelle 8).

Bei den Fällen der Inneren Medizin handelt es sich mit 28,5% aller Behandlungsfehlervorwürfe am häufigsten um die fehlerhafte Durchführung einer Behandlung. Ebenfalls häufig war eine behauptete fehlerhafte Befunderhebung mit entsprechend falscher Therapie (21,9%).

Bei den Fällen der Allgemeinmedizin standen besonders häufig eine fehlerhafte Befunderhebung (29,1% aller Behandlungsfehlervorwürfe) sowie eine fehlerhafte Medikation (16,3%), das Unterlassen medizinisch gebotener Maßnahmen (14,0%) und die verspätete Einweisung ins Krankenhaus (11,6%) im Raum.

Am häufigsten konnte von den Gutachtern ein kausaler Behandlungsfehler in den Fällen festgestellt werden, in denen eine mögliche fehlerhafte Durchführung der Behandlung zu prüfen gewesen war (6 von insgesamt 22 Fällen mit kausalen Behandlungsfehlern) und in den Fällen,

in denen eine fehlerhafte Befunderhebung zur Diskussion gestanden hatte (5 kausale Behandlungsfehler).

Die Gerichte sprachen 3 Angeklagte schuldig, die einer fehlerhaften Durchführung einer Behandlung bezichtigt worden waren, sowie 2 Allgemeinmediziner, bei denen eine verspätete Einweisung zur Diskussion gestanden hatte und 1 Allgemeinmediziner, bei dem eine fehlerhafte Injektion zu prüfen gewesen war. Am häufigsten kam es zu einer Einstellung gegen Auflage bei 3 Angeklagten, bei denen eine fehlerhafte Medikation im Raum gestanden hatte (Tabelle 59A im Anhang).

Tabelle 8: Fallgruppe des zu prüfenden primären ärztlichen Behandlungsfehlers, bezogen auf die rechtsmedizinische Beurteilung

Fall- gruppe	Summe		Fachrichtung	Beurteilung					Summe	
	n	%		A	B	C	D	E	n	%
A	59	24,1%	Innere Medizin	16	1	0	10	3	30	21,9%
			Allgemein- medizin	9	3	1	10	2	25	29,1%
			Sonstige	2	2	0	0	0	4	19,0%
B	51	20,8%	Innere Medizin	23	9	0	5	2	39	28,5%
			Allgemein- medizin	0	0	1	1	3	5	5,8%
			Sonstige	3	1	0	2	1	7	33,3%
C	29	11,8%	Innere Medizin	12	1	0	1	0	14	10,2%
			Allgemein- medizin	7	0	1	4	0	12	14,0%
			Sonstige	3	0	0	0	0	3	14,3%
D	29	11,8%	Innere Medizin	9	1	0	2	2	14	10,2%
			Allgemein- medizin	9	2	0	2	1	14	16,3%
			Sonstige	0	0	0	1	0	1	4,8%
E	26	10,6%	Innere Medizin	10	2	1	1	0	14	10,2%
			Allgemein- medizin	6	0	0	3	0	9	10,5%
			Sonstige	2	1	0	0	0	3	14,3%
F	12	4,9%	Innere Medizin	6	0	0	0	1	7	5,1%
			Allgemein- medizin/HA	1	0	0	1	1	3	3,5%
			Sonstige	2	0	0	0	0	2	9,5%
G	12	4,9%	Innere Medizin	1	0	0	0	1	2	1,5%
			Allgemein- medizin	6	1	0	1	2	10	11,6%
H	10	4,1%	Innere Medizin	3	0	0	0	0	3	2,2%
			Allgemein- medizin	3	1	1	0	1	6	7,0%
			Sonstige	1	0	0	0	0	1	4,8%
I	10	4,1%	Innere Medizin	3	0	0	3	1	7	5,1%
			Allgemein- medizin	1	1	0	0	0	2	2,3%
			Sonstige	1	0	0	0	0	1	4,8%
J	4	1,6%	Innere Medizin	3	0	0	0	1	4	2,9%
K	3	1,2%	Innere Medizin	2	0	0	1	0	3	2,2%
Summe	245	100%		144	26	5	48	22	245	

Sonstige: Chirurgie, Orthopädie, Neurologie, Gynäkologie, Anästhesie, Psychiatrie, Radiologie.

Innere Medizin mit allen Spezialisierungen.

Legende zu Tabelle 8:

- A = fehlerhafte Befunderhebung mit Fehldiagnose und entsprechend falscher Therapie
- B = fehlerhafte Durchführung der Behandlung
- C = sonstiges Unterlassen medizinisch gebotener Maßnahmen (z.B.: Reanimation, Nichtanlegen PEG, Ablehnung Hausbesuch, keine Sedierung, Fixierung)
- D = fehlerhafte Medikation
- E = nicht konkret
- F = Indikation Behandlung
- G = keine oder verspätete Krankenhauseinweisung
- H = fehlerhafte Injektion/Transfusion
- I = mangelnde/unterlassene Diagnostik
- J = unzureichende Erkennung, Therapie einer Komplikation nach einer Behandlung
- K = unzureichende Überwachung

Abbildung 15 stellt eine genaue Differenzierung der behaupteten Behandlungsfehler in der Fallgruppe der fehlerhaften Befunderhebung mit Fehldiagnose dar. Es lassen sich 8 große Gruppen von Krankheiten identifizieren, die nicht diagnostiziert wurden. Am häufigsten wurde eine Lungenembolie bzw. Thrombose übersehen (in 23,7% aller Fälle). Ebenfalls häufig waren nicht diagnostizierte Abdominalerkrankungen in 18,6% aller Fälle, Myokardinfarkte mit 11,9% und sonstige Herz- und Gefäßerkrankungen in 15,3% aller Fälle.

Als kausaler Behandlungsfehler wurde von den Gutachtern bei 3 Beschuldigten das Nichterkennen einer Beinvenenthrombose und bei 2 Beschuldigten das Übersehen einer Abdominalerkrankung beurteilt. Bei allen übrigen nicht erkannten Erkrankungen konnten die rechtsmedizinischen Gutachter keinen kausalen Behandlungsfehler feststellen. Auffallend ist zudem, dass bei fast allen Beschuldigten, die einen Myokardinfarkt übersehen hatten, ein Behandlungsfehler zwar erkannt wurde, die Kausalität für den Schaden des Patienten war jedoch nicht zu beweisen. Einen großen Anteil an diesen Fällen haben auch die nicht erkannten Lungenembolien/Thrombosen (Tabelle 60A im Anhang).

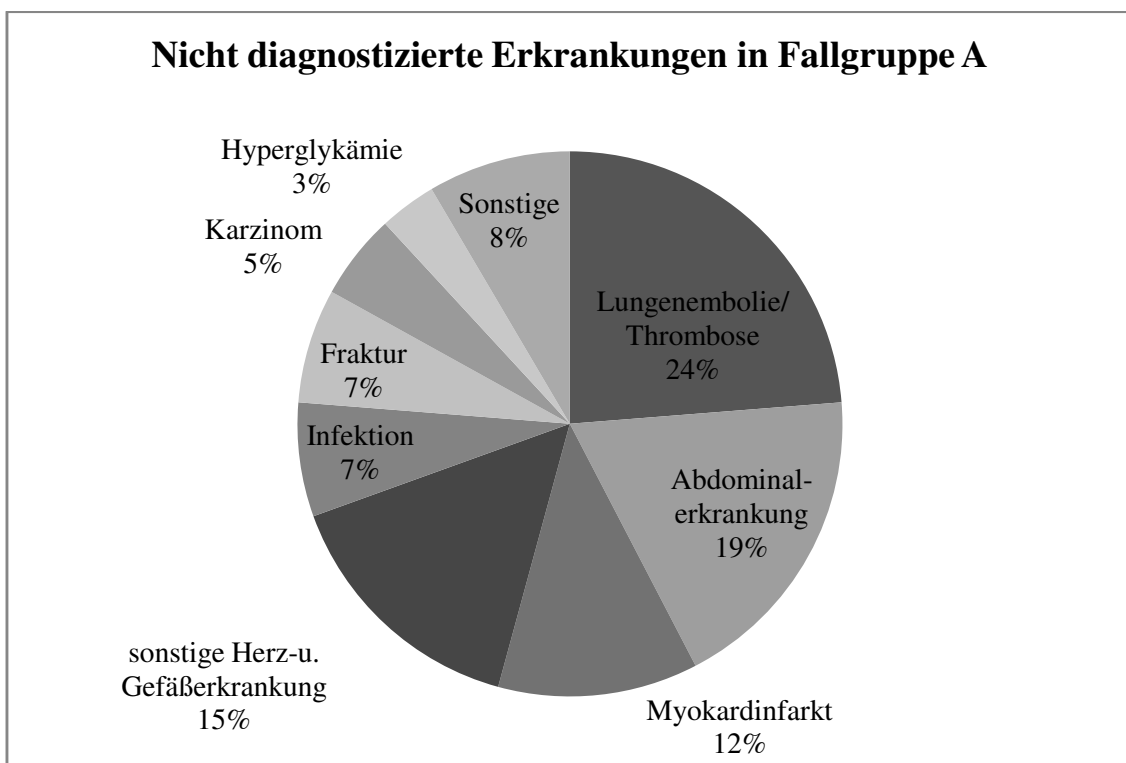


Abb. 15

Fallgruppe A = fehlerhafte Befunderhebung mit Fehldiagnose.

Abbildung 16 differenziert die Eingriffe und Behandlungen in der Fallgruppe der fehlerhaften Durchführung einer Behandlung. Es lassen sich 8 Gruppen von behaupteten fehlerhaften Eingriffen bzw. Behandlungen feststellen. Am häufigsten war mit 25,5% ein möglicher fehlerhafter Eingriff im Rahmen einer Koloskopie zu prüfen. Ebenfalls häufig waren Beanstandungen bei Gastroskopen (11,8%) und Punktionen (9,8%). Die mögliche fehlerhafte Durchführung einer Dekubitus-Behandlung stand in 13,7% der Fälle zur Diskussion.

Ein kausaler Behandlungsfehler konnte rechtsmedizinisch bei 4 Beschuldigten festgestellt werden, bei denen eine fehlerhafte Dekubitus-Behandlung beanstandet worden war und bei jeweils einem Beschuldigten, bei dem die fehlerhafte Durchführung einer Koloskopie bzw. Gastroskopie zu prüfen gewesen war. Bei den übrigen Fallgruppen konnte fast überall ein Behandlungsfehler nicht oder nicht sicher festgestellt werden bzw. wurde das Ereignis dort als schicksalhaft angesehen (Tabelle 61A im Anhang).

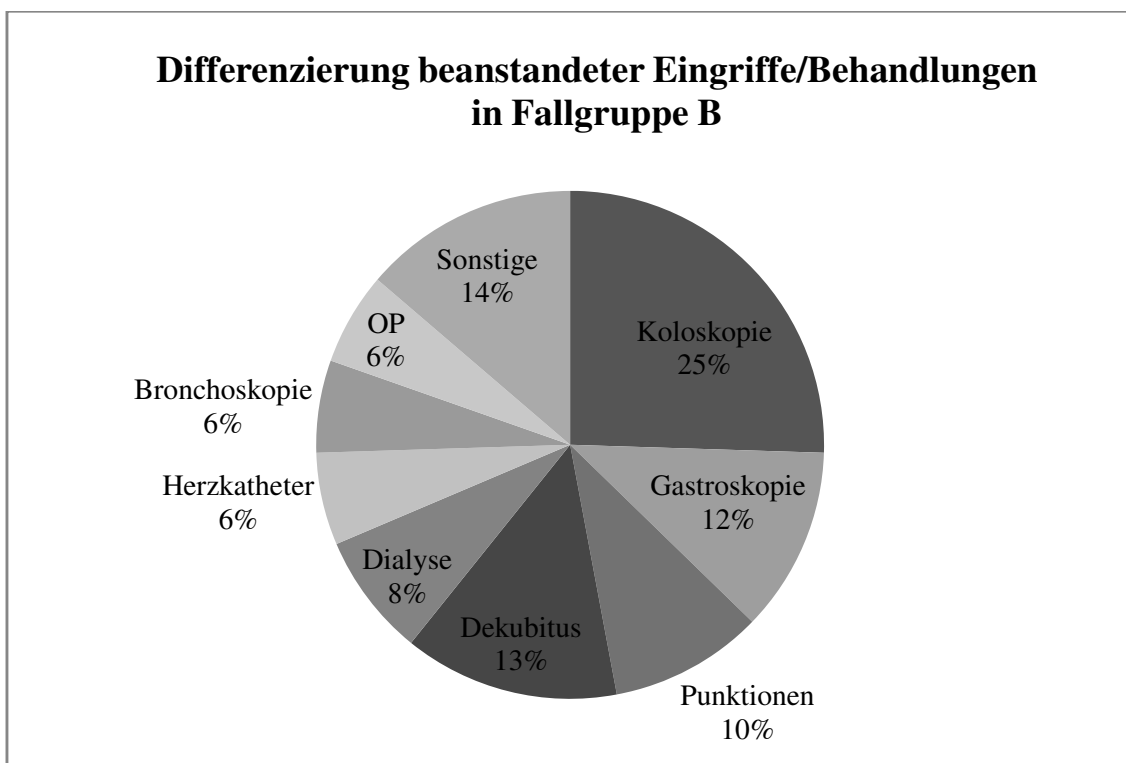


Abb. 16

Fallgruppe B = fehlerhafte Durchführung einer Behandlung.

Bei welchen Medikamenten in welcher Häufigkeit eine fehlerhafte Anwendung zu prüfen war, zeigt Abbildung 17. Es lassen sich 6 Medikamente bzw. Medikamentengruppen identifizieren. Am häufigsten wurde die mögliche fehlerhafte Anwendung von Herztherapeutika, Opiaten/Schmerzmitteln und von Psychopharmaka mit jeweils 17,2% beanstandet. Häufig standen auch fehlerhafte Medikationen von Methotrexat und Antibiotika mit jeweils 13,8% zur Diskussion.

Ein kausaler Behandlungsfehler konnte in 3 Fällen festgestellt werden, in denen eine fehlerhafte Medikation von Methotrexat zu beurteilen war (Tabelle 62A im Anhang).

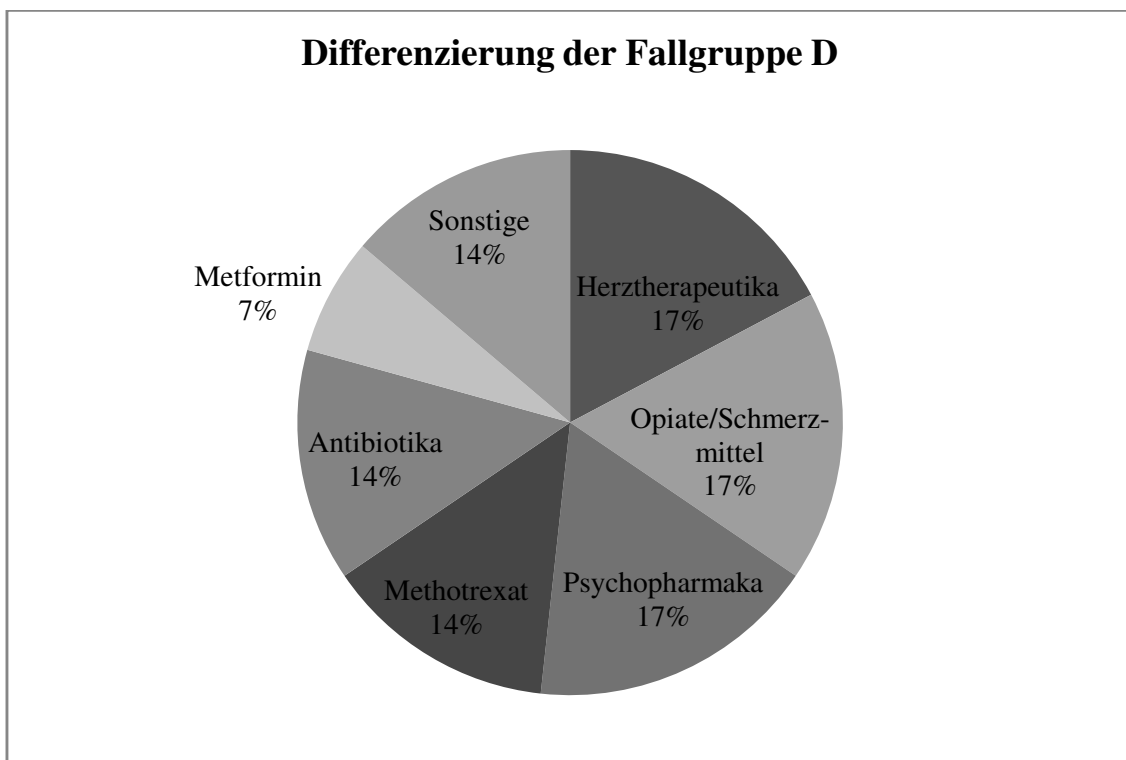


Abb. 17

Fallgruppe D = fehlerhafte Medikation.

Eine Differenzierung der behaupteten Behandlungsfehler in der Fallgruppe der fehlerhaften Injektion/Transfusion ist Abbildung 18 zu entnehmen. Es lässt sich eine Unterteilung in 3 Untergruppen vornehmen. Bei 4 Beschuldigten wurde eine fehlerhafte Injektion von Diclofenac/Dexamethason, bei 3 Beschuldigten eine fehlerhafte Bluttransfusion und bei 2 Beschuldigten eine fehlerhafte Injektion eines Lokalanästhetikums beanstandet.

Ein kausaler Behandlungsfehler konnte bei einem Beschuldigten festgestellt werden, dem eine fehlerhafte Injektion von Diclofenac/Dexamethason angelastet worden war (Tabelle 63A im Anhang).

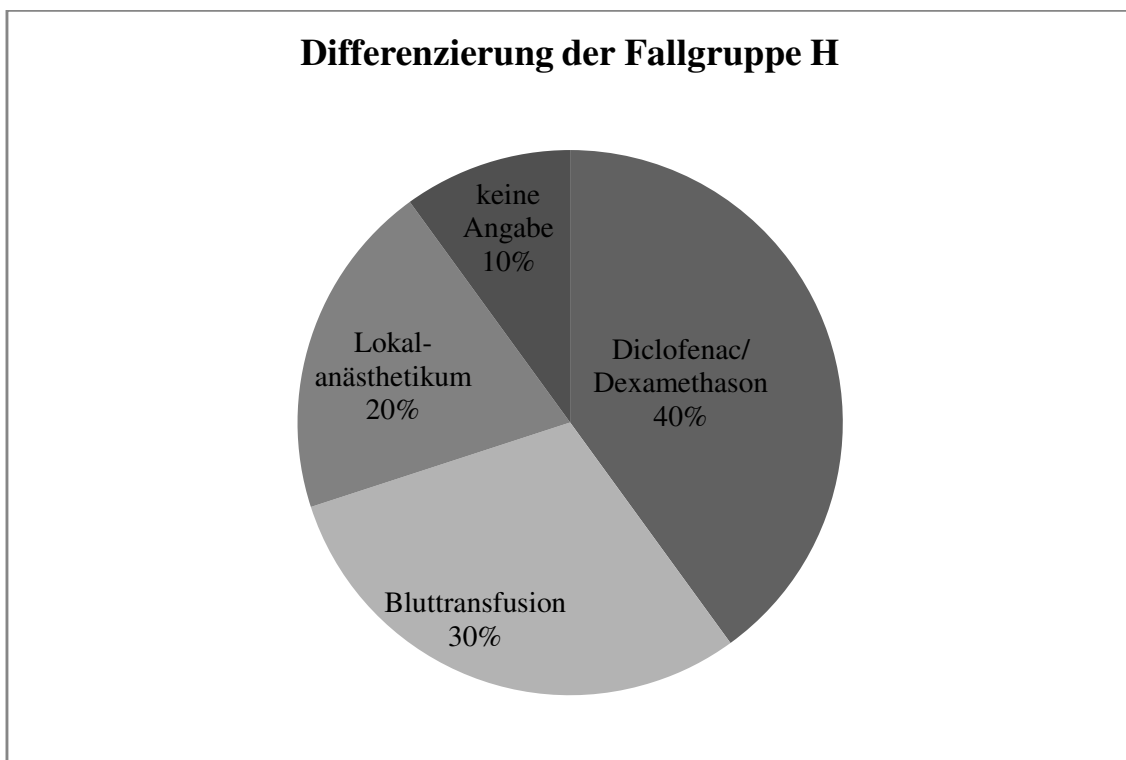


Abb. 18

Fallgruppe H = fehlerhafte Injektion/Transfusion.

Die meisten primären Pflegefehlervorwürfe bei den Beschuldigten des nicht-ärztlichen medizinischen Personals betreffen das Versäumnis einen Arzt einzuschalten (16,3% aller Pflegefehlervorwürfe). Ein häufiger Grund für Beanstandungen waren auch eine vermeintlich fehlerhafte Dekubitus-Behandlung und eine angeblich unzureichende Überwachung mit jeweils 13,3% sowie die Medikamentensicherheit mit 9,2% und mögliche Fehler beim Umgang mit Medizinprodukten mit 8,2% (Tabelle 9).

Am häufigsten konnte von den rechtsmedizinischen Gutachtern ein kausaler Behandlungsfehler bei den Beschuldigten festgestellt werden, bei denen eine unzureichende Überwachung (fünfmal), eine fehlerhafte Dekubitus-Behandlung (viermal), das Versäumnis einen Arzt zu informieren sowie Fehler beim Umgang mit Medizinprodukten (jeweils zweimal) zur Diskussion gestanden hatten.

Von den insgesamt 18 Beschuldigten des nicht-ärztlichen medizinischen Personals, bei denen die rechtsmedizinischen Gutachter einen kausalen Pflegefehler feststellen konnten, hielten die Gerichte 6 für schuldig. Bei 4 Angeklagten wurde das Verfahren eingestellt. Nicht in Erfahrung zu bringen war das Gerichtsurteil gegen 8 Personen (Tabelle 64A im Anhang).

Tabelle 9: Differenzierung der behaupteten Pflegefehler, bezogen auf die rechtsmedizinische Beurteilung

Fallgruppe	Beschuldigte	n	%	Beurteilung				
				A	B	C	D	E
Versäumnis Arzt einzuschalten	alle Beschuldigten	16	16,3%	6	1	0	7	2
	Hauptbeschuldigte	10	14,9%	4	1	0	3	2
fehlerhafte Dekubitus-Behandlung	alle Beschuldigten	13	13,3%	5	1	0	3	4
	Hauptbeschuldigte	10	14,9%	3	1	0	3	3
unzureichende Überwachung	alle Beschuldigten	13	13,3%	4	1	2	1	5
	Hauptbeschuldigte	6	9,0%	3	0	0	0	3
Fehler bei Körperpflege	alle Beschuldigten	7	7,1%	5	1	0	0	1
	Hauptbeschuldigte	7	10,4%	5	1	0	0	1
Medikamenten-sicherheit	alle Beschuldigten	9	9,2%	3	2	1	2	1
	Hauptbeschuldigte	6	9,0%	2	2	1	0	1
Fehler bei Umgang mit Medizinprodukten	alle Beschuldigten	8	8,2%	5	1	0	0	2
	Hauptbeschuldigte	6	9,0%	5	0	0	0	1
mangelhafte Flüssigkeitszufuhr	alle Beschuldigten	4	4,1%	0	2	2	0	0
	Hauptbeschuldigte	4	6,0%	0	2	2	0	0
Verletzungen bei Körperpflege	alle Beschuldigten	6	6,1%	3	1	1	0	1
	Hauptbeschuldigte	6	9,0%	3	1	1	0	1
körperliche Gewaltanwendung	alle Beschuldigten	3	3,1%	1	1	0	1	0
	Hauptbeschuldigte	2	3,0%	1	0	0	1	0
Vernachlässigung	alle Beschuldigten	5	5,1%	2	0	1	1	1
	Hauptbeschuldigte	3	4,5%	2	0	0	1	0
unterlassene Hilfeleistung	alle Beschuldigten	4	4,1%	2	1	0	1	0
	Hauptbeschuldigte	2	3,0%	1	1	0	0	0
nicht konkret	alle Beschuldigten	7	7,1%	7	0	0	0	0
	Hauptbeschuldigte	2	3,0%	2	0	0	0	0
fehlerhafte Injektion/ Blutentnahme	alle Beschuldigten	3	3,1%	2	0	0	0	1
	Hauptbeschuldigte	3	4,5%	2	0	0	0	1
Summe	alle Beschuldigten	98	100%	45	12	7	16	18
	Hauptbeschuldigte	67	100%	33	9	4	8	13

4.1.12. Verteilung des Fallmaterials auf Krankenhäuser und Pflegeeinrichtungen unter Anführung ihrer jeweiligen Träger und Versorgungsstufen

Insgesamt sind 134 im Krankenhaus tätige Ärzte vom Verdacht eines Behandlungsfehlers betroffen. Bei einem Krankenhaus ist die Versorgungsstufe nicht bekannt. Es wird daher im Folgenden nur noch von 133 Ärzten gesprochen. Desweiteren sind 21 Krankenhausangestellte des nicht-ärztlichen medizinischen Personals vom Verdacht eines Pflegefehlers betroffen.

Von den 133 Ärzten waren 51,9% in einem Krankenhaus der Versorgungsstufe I, 12,0% in einem der Versorgungsstufe II, 24,8% in einem der Versorgungsstufe III und 11,3% in einem der Versorgungsstufe IV angestellt.

Von den 21 Beschuldigten des nicht-ärztlichen medizinischen Personals waren 52,4% in einem Krankenhaus der Versorgungsstufe I, 14,3% in einem der Stufe II, 19,0% in einem der Stufe III und 14,3% in einem der Versorgungsstufe IV beschäftigt (Tabelle 65A im Anhang).

Bei Betrachtung des jeweiligen Trägers des Krankenhauses, in dem die vom Verdacht eines Behandlungsfehlers betroffenen Ärzte angestellt waren, lässt sich folgendes feststellen: Von den 133 Ärzten waren 68,4% in einem Krankenhaus mit öffentlichem, 5,3% in einem Krankenhaus mit frei gemeinnützigem, 17,3% in einem Krankenhaus mit privatem Träger und 9,0% in einem Krankenhaus der Universität tätig.

Von den 21 Beschuldigten des nicht-ärztlichen medizinischen Personals, die in einem Krankenhaus arbeiteten, waren 71,4% in einem Krankenhaus mit öffentlichem, 19,0% in einem Krankenhaus mit privatem Träger, 9,5% in einem Krankenhaus der Universität und keiner in einem Krankenhaus mit frei gemeinnützigem Träger angestellt (Tabelle 66A im Anhang).

Die meisten Beschuldigten von Alten-/Pflegeheimen arbeiteten in Einrichtungen mit frei gemeinnützigem (63,5%) und privatem Träger (33,3%). Lediglich 3,2% der Beschuldigten dieser Gruppe waren in Einrichtungen mit öffentlichem Träger beschäftigt (Tabelle 67A im Anhang).

Bei insgesamt 64 Angestellten von Alten-/Pflegeheimen standen Pflegefehler zur Diskussion. Bei Beurteilung des Sachverhalts konnte die Rechtsmedizin bei 12 Personen (18,8%) einen kausalen Pflegefehler feststellen (Abbildung 10A und Tabelle 68A im Anhang).

Die gutachterliche Beurteilung des Handelns aller Beschuldigten von Alten-/Pflegeheimen ist Tabelle 10, Tabelle 69A und Tabelle 70A im Anhang zu entnehmen, wobei nach dem Träger

der Einrichtung, in der die betroffenen Personen angestellt waren, unterschieden wird. Am häufigsten konnte ein kausaler Behandlungsfehler bei den Beschuldigten festgestellt werden, die in einer Einrichtung mit privatem Träger tätig waren (28,6% aller Beschuldigten bei einem privaten Träger). Bei den Beschuldigten, die in einer Einrichtung mit gemeinnützigem Träger beschäftigt waren, wurde bei 15,0% ein kausaler Behandlungsfehler festgestellt.

Tabelle 10: Rechtsmedizinische Beurteilung des Handelns aller Angestellten in Alten-/Pflegeheimen, bezogen auf den Träger der Einrichtung

Beurteilung	Träger						Summe	
	öffentlich		gemeinnützig		privat			
	n	%	n	%	n	%	n	%
A	0	0,0%	17	42,5%	10	47,6%	27	42,9%
B	0	0,0%	4	10,0%	3	14,3%	7	11,1%
C	0	0,0%	7	17,5%	0	0,0%	7	11,1%
D	2	100,0%	6	15,0%	2	9,5%	10	15,9%
E	0	0,0%	6	15,0%	6	28,6%	12	19,0%
Summe	2	100,0%	40	100,0%	21	100,0%	63	100,0%

Die tatsächliche Anzahl der betroffenen Angestellten von Alten-/Pflegeheimen liegt bei 64 (siehe Text), in Tabelle 10 nur bei 63. Bei einem Beschuldigten eines Alten-/Pflegeheimes mit Beurteilung D finden sich in den Akten keine näheren Angaben über das Alten-/Pflegeheim, was die Differenz erklärt.

Bei den 21 Krankenhausangestellten des nicht-ärztlichen medizinischen Personals wurde bei der Beurteilung ihres Handelns von der Rechtsmedizin nur in 1 Fall ein kausaler Pflegefehler festgestellt. Diese Person arbeitete in einem Krankenhaus mit privatem Träger (Tabelle 71A im Anhang) und Versorgungsstufe III (Tabelle 72 A im Anhang).

Von den 13 Beschuldigten des sonstigen nicht-ärztlichen medizinischen Personals, die weder im Krankenhaus noch im Pflegeheim angestellt waren, konnte bei 3 Arzthelferinnen und 2 Pflegekräften eines ambulanten Pflegedienstes ein kausaler Behandlungsfehler festgestellt werden (Tabelle 73A im Anhang).

Von den 134 Krankenhausärzten konnte bei 10 Ärzten, also 7,5%, ein kausaler Behandlungsfehler festgestellt werden. Bei den Trägern der Krankenhäuser, in denen diese 10 Ärzte mit kausalem Behandlungsfehler angestellt waren, handelt es sich um 6 öffentliche, 3 private und 1 gemeinnützigen (Tabelle 11 und Tabelle 74A im Anhang).

Tabelle 11: Rechtsmedizinische Beurteilung des Handelns aller Krankenhausärzte, bezogen auf den Träger des Krankenhauses

Beurteilung	Träger								Summe	
	öffentlich		gemeinnützig		privat		Universität			
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
A	59	64,8%	2	28,6%	18	78,3%	8	66,7%	87	65,4%
B	10	11,0%	1	14,3%	0	0,0%	4	33,3%	15	11,3%
C	0	0,0%	0	0,0%	1	4,3%	0	0,0%	1	0,8%
D	16	17,6%	3	42,9%	1	4,3%	0	0,0%	20	15,0%
E	6	6,6%	1	14,3%	3	13,0%	0	0,0%	10	7,5%
Summe	91	100,0%	7	100,0%	23	100,0%	12	100,0%	133	100,0%

Die tatsächliche Anzahl der betroffenen Krankenhausärzte liegt bei 134 (siehe Text), in Tabelle 11 dagegen nur bei 133. Bei einem betroffenen Krankenhausarzt mit Beurteilung A finden sich in den Akten keine näheren Angaben zum Krankenhaus, was die Differenz erklärt.

Bei Betrachtung der Versorgungsstufe der Krankenhäuser, in denen diese 10 Ärzte mit kausalem Behandlungsfehler angestellt waren, ist festzuhalten, dass 7 in einem Krankenhaus der Versorgungsstufe I, 2 in einem Krankenhaus der Versorgungsstufe IV und 1 in einem Krankenhaus der Versorgungsstufe II arbeiteten (Tabelle 12).

Tabelle 12: Rechtsmedizinische Beurteilung des Handelns aller Krankenhausärzte, bezogen auf die Versorgungsstufe des Krankenhauses

Beurteilung	Versorgungsstufe								Summe	
	I		II		III		IV			
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
A	38	55,1%	12	75,0%	25	75,8%	12	80,0%	87	65,4%
B	8	11,6%	1	6,3%	6	18,2%	0	0,0%	15	11,3%
C	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	1	6,7%	1	0,8%
D	16	23,2%	2	12,5%	2	6,1%	0	0,0%	20	15,0%
E	7	10,1%	1	6,3%	0	0,0%	2	13,3%	10	7,5%
Summe	69	100,0%	16	100,0%	33	100,0%	15	100,0%	133	100,0%

Die tatsächliche Anzahl der betroffenen Krankenhausärzte liegt bei 134 (siehe Text), in Tabelle 11 dagegen nur bei 133. Bei einem betroffenen Krankenhausarzt mit Beurteilung A finden sich in den Akten keine näheren Angaben zum Krankenhaus, was die Differenz erklärt.

Bei der Beurteilung des Sachverhalts konnte von der Rechtsmedizin bei 11 Krankenhausangestellten (10 Ärzte und 1 nicht-ärztlicher medizinischer Angestellter) ein kausaler Behandlungsfehler festgestellt werden. Davon wurden vom Gericht 2 Krankenhausangestellte schul-

dig gesprochen. Von den schuldig gesprochenen Angeklagten arbeitete 1 in einem Krankenhaus mit privatem und 1 in einem Krankenhaus mit gemeinnützigem Träger. Die betroffenen Krankenhäuser gehören zur Versorgungsstufe I und IV (Tabellen 75A und 76A im Anhang).

Bei 12 Angestellten von Alten-/Pflegeheimen konnten von den rechtsmedizinischen Gutachtern kausale Behandlungsfehler festgestellt werden. Davon wurden vom Gericht 3 Angestellte einer Einrichtung mit privatem Träger schuldig gesprochen. Bei 5 Beschuldigten war das Gerichtsurteil nicht in Erfahrung zu bringen (Tabelle 77A im Anhang).

4.2. Sektionsprotokolle

Im Folgenden werden die erhobenen Daten aus der Durchsicht der Sektionsprotokolle dargestellt. Es wird also nicht wie bisher auf rechtsmedizinische Gutachten zugegriffen. Gewisse Überschneidungen sind naturgemäß gegeben. Die Zahl der Sektionen kann nur eine ungefähre Übersicht geben, da den Sektionsprotokollen nicht immer eine Vorgeschichte zu entnehmen war. Nur mit Vorgeschichte wäre eine Zuordnung zum Thema dieser Dissertation möglich gewesen.

4.2.1. Anzahl der gerichtlichen Leichenöffnungen

Im Zeitraum von 2000–2007 konnten insgesamt 115 Sektionen dem Thema dieser Dissertation zugeordnet werden. Im Durchschnitt waren ca. 14 Sektionen pro Jahr zu ermitteln. Die meisten Sektionen waren in den Jahren 2005–2007, mit einer Anzahl zwischen 18 und 24, zu verzeichnen (Abbildung 19 und Tabelle 78A im Anhang).

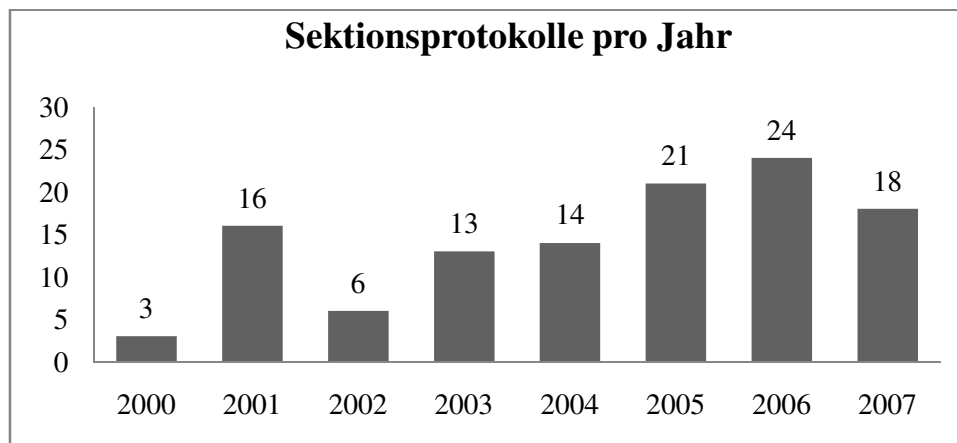


Abb. 19

4.2.2. Alter und Geschlecht der Verstorbenen

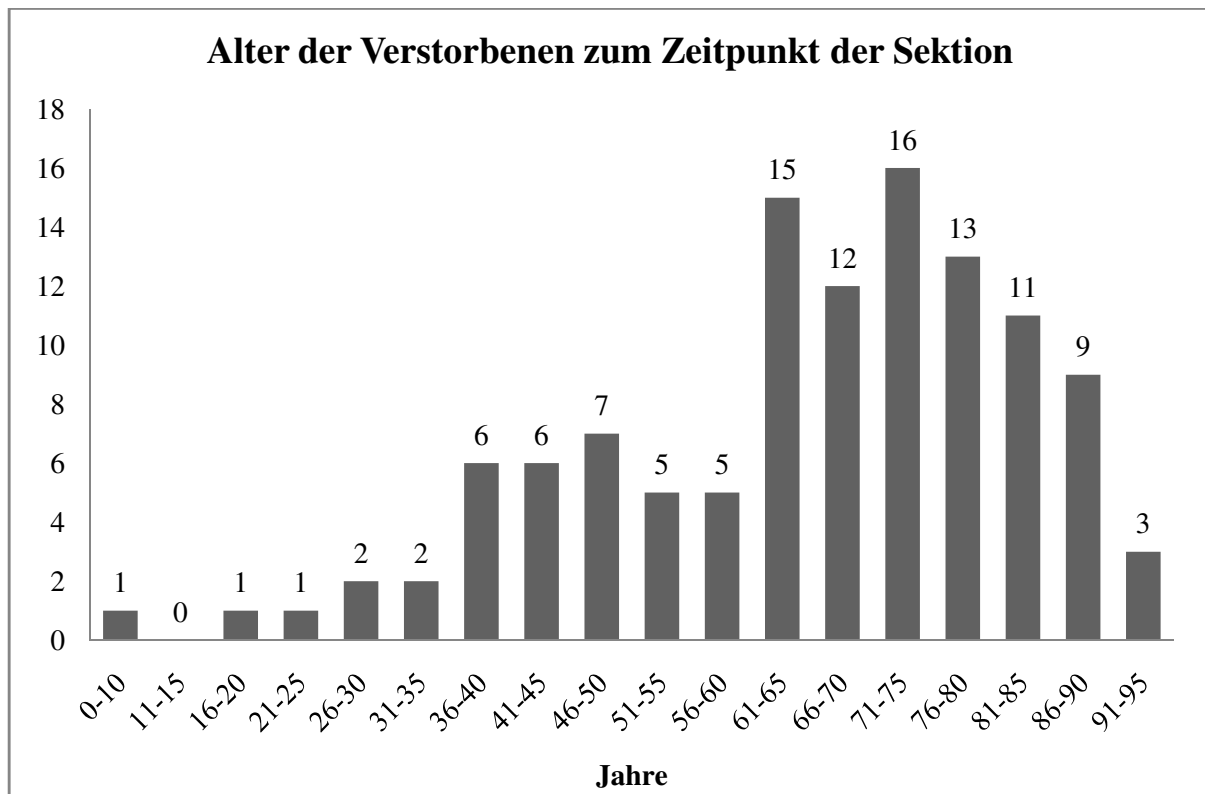


Abb. 20

Von den 115 Obduzierten waren 56 (48,7%) männlichen und 59 (51,3%) weiblichen Geschlechts (Tabelle 79A im Anhang).

Das Alter der Obduzierten lag im Mittel bei 64,8 Jahren. Der älteste Verstorbene war 94 Jahre, der jüngste Verstorbene 7 Jahre alt. Am häufigsten waren die Verstorbenen zum Zeitpunkt der Sektion zwischen 61 und 90 Jahre alt, mit abfallender Tendenz ab dem 76. Lebensjahr (Abbildung 20 und Tabelle 80A im Anhang).

4.2.3. Verteilung der Sektionen auf die medizinischen Fachgebiete, in denen das unerwünschte Ereignis stattfand

Bei den Fällen der 115 Sektionen waren mögliche Behandlungsfehler von insgesamt 121 Personen zu prüfen. Diese 121 Personen verteilen sich auf 5 Fachrichtungen. Bei den Fällen der Inneren Medizin waren 42 Sektionen (34,7% der Sektionen), bei den Fällen der Allgemeinmedizin 34 Sektionen (28,1%), bei den Fällen aus dem Bereich der Gastroenterologie 16 Sektionen (13,2%) und bei den Fällen aus dem Fachbereich der Kardiologie 13 Sektionen (10,7%) zu verzeichnen. Bei den Fällen des nicht-ärztlichen medizinischen Personals wurde

ein mögliches Fehlverhalten in 16 Sektionen (13,2%) geprüft. War das Fachgebiet des Adressaten des Behandlungsfehlervorwurfs im Protokoll nicht genannt, erfolgte die Zuordnung zu einer Fachrichtung dem Sachverhalt entsprechend (Tabelle 81A und Abbildung 11A im Anhang).

Von den 16 Betroffenen des nicht-ärztlichen medizinischen Personals, bei deren Fällen es zu einer Sektion gekommen war, waren 8 im Alten-/Pflegeheim, 5 im Krankenhaus und 2 bei einem ambulanten Pflegedienst angestellt. Eine weitere Sektion wurde in einem Fall durchgeführt, in dem ein Angehöriger, der die häusliche Pflege übernommen hatte, eines Fehlverhaltens verdächtig war (Tabelle 82A im Anhang).

4.2.4. Bedeutung der Sektion für den Fortgang des Verfahrens

Es zeigte sich, dass durch eine gerichtliche Leichenöffnung bereits in 62,8% der Fälle der Verdacht eines Behandlungsfehlers entkräftet werden konnte. In 37,2% der Fälle wurde eine Empfehlung ausgesprochen ein Gutachten zu erstellen.

Am häufigsten konnte der Verdacht eines Behandlungsfehlers bei den Kardiologen und dem nicht-ärztlichen medizinischen Personal in jeweils ca. 69% der Fälle durch eine Sektion entkräftet werden. Bei den Fällen aus dem Bereich der Allgemeinmedizin konnte der Verdacht nur in 52,9% der Fälle widerlegt werden (Tabelle 13 und Tabelle 83A im Anhang).

In einem Fall leitete die Staatsanwaltschaft ein Hauptverfahren ein, obwohl rechtsmedizinisch der Verdacht eines Behandlungsfehlers durch die Sektion entkräftet worden war.

Tabelle 13: Bedeutung der Sektion für den Fortgang des Verfahrens, differenziert nach Fachrichtungen

Fachrichtung	Verdachtsmoment nach Sektion entkräftet		Verdachtsmoment nach Sektion nicht entkräftet		Summe
	n	%	n	%	n
Innere Medizin	28	66,7%	14	33,3%	42
Gastroenterologie	10	62,5%	6	37,5%	16
Kardiologie	9	69,2%	4	30,8%	13
Allgemeinmedizin	18	52,9%	16	47,1%	34
nicht-ärztl. med. Personal	11	68,8%	5	31,3%	16
Summe	76	62,8%	45	37,2%	121

Bei insgesamt 115 Fällen waren in 6 Fällen jeweils Personen zweier Fachrichtungen betroffen.

4.2.5. Differenzierung der zu beurteilenden Behandlungsfehlertypen

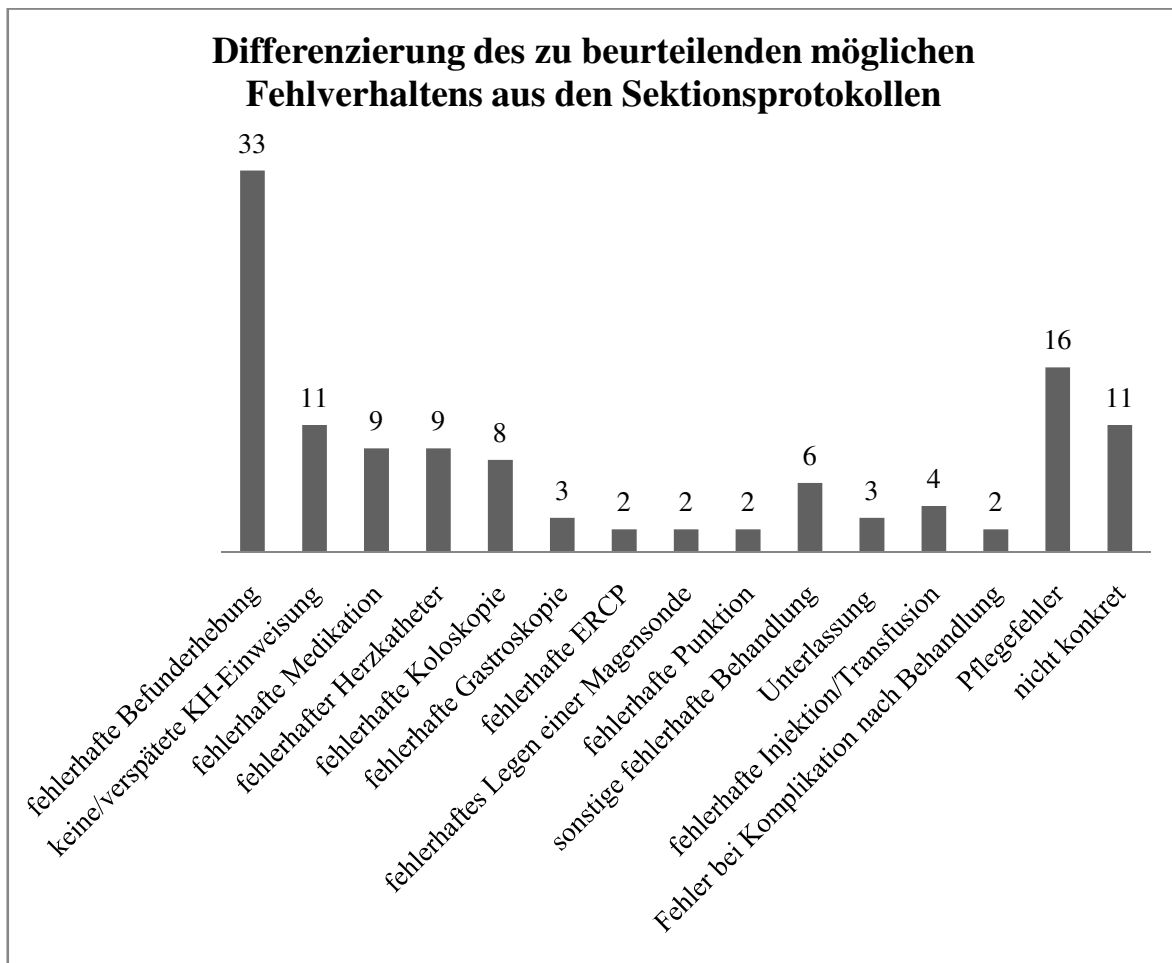


Abb. 21

Am häufigsten waren mögliche Fehler im Rahmen der Befunderhebung mit entsprechend falscher Therapie zu prüfen (27,3% aller Behandlungsfehlervorwürfe). Weiter wurden Fehler bei der Krankenhauseinweisung (9,1%), der Medikation sowie bei der Durchführung von Herzkathetern und Koloskopien formuliert (jeweils ca. 7%). Pflegefehler machten 13,2% aller formulierten möglichen Behandlungsfehler aus (Abbildung 21).

Der am häufigsten formulierte mögliche Pflegefehler war eine unzureichende Überwachung in 5 Fällen (31,3% aller Pflegefehlervorwürfe). Eine Vernachlässigung und Fehler bei der Körperpflege waren in jeweils 3 Fällen (18,8%) zu beurteilen. Anzumerken ist, dass eine unzureichende Überwachung stets mit einem Sturz des Patienten in Zusammenhang stand (Tabelle 14).

Tabelle 14: Differenzierung der zu beurteilenden möglichen Pflegefehler aus den Sektionsprotokollen

Fallgruppe	n	%
unzureichende Überwachung	5	31,3%
Vernachlässigung	3	18,8%
Fehler bei Körperpflege	3	18,8%
Verletzung bei Körperpflege	1	6,3%
fehlerhafte Dekubitus-Behandlung	1	6,3%
Medikamenten-sicherheit	1	6,3%
Versäumnis Arzt einzuschalten	1	6,3%
nicht konkret	1	6,3%
Summe	16	100%

45 der insgesamt 121 zu beurteilenden möglichen Behandlungsfehler konnten durch die Leichenöffnung allein nicht widerlegt werden. Hierbei handelte es sich am häufigsten um einen Behandlungsfehlerverdacht bezüglich einer fehlerhaften Befunderhebung oder einer fehlerhaften Medikation. Bei letzterer gestaltete sich die Klärung eines Behandlungsfehlers besonders schwierig. Von 9 Verdachtsmomenten konnten nur 3 durch die Sektion entkräftet werden. Die einzige weitere Gruppe, bei der ein mögliches Fehlverhalten durch die Sektion mehrheitlich nicht entkräftet werden konnte, betrifft den Verdacht einer fehlerhaften Durchführung einer ERCP (Tabelle 15).

Tabelle 15: Eingangsfragestellung für die Sektion mit rechtsmedizinischer Beurteilung

Fallgruppe	Verdachtsmoment nach Sektion entkräftet	Verdachtsmoment nach Sektion nicht entkräftet	Summe	
			n	%
fehlerhafte Befunderhebung/Fehldiagnose	21 63,6%	12 36,4%	33	27,3%
keine/verspätete KH-Einweisung	7 63,6%	4 36,4%	11	9,1%
fehlerhafte Medikation	3 33,3%	6 66,7%	9	7,4%
fehlerhafte Durchführung Herzkatheter	6 66,7%	3 33,3%	9	7,4%
fehlerhafte Durchführung Koloskopie	6 75,0%	2 25,0%	8	6,6%
fehlerhafte Durchführung Gastroskopie	2 66,7%	1 33,3%	3	2,5%
fehlerhafte Durchführung ERCP	0 0%	2 100%	2	1,7%
fehlerhaftes Legen einer Magensonde	2 100%	0 0%	2	1,7%
fehlerhafte Punktion	2 100%	0 0%	2	1,7%
sonstige fehlerhafte Durchführung einer Behandlung	3 50,0%	3 50,0%	6	5,0%
Unterlassung medizinisch gebotener Maßnahmen	2 66,7%	1 33,3%	3	2,5%
fehlerhafte Injektion/Transfusion	2 50,0%	2 50,0%	4	3,3%
unzureichende Erkennung/Therapie einer Komplikation nach Behandlung	1 50,0%	1 50,0%	2	1,7%
Pflegefehler	11 68,7%	5 31,3%	16	13,2%
nicht konkret	8 72,7%	3 27,3%	11	9,1%
Summe	76 62,8%	45 37,2%	121	100%

6 Fälle mit jeweils 2 von einem möglichen Fehlverhalten betroffenen Personen.

4.2.6. Todesursachen

Als häufigste Todesursache konnte in den 115 Sektionsprotokollen ein akuter Myokardinfarkt mit 17,4% festgestellt werden. Sonstige Formen der Herzkrankheit wurden ebenso wie Pneumonie/Tracheobronchitis in 13,9% der Fälle als Todesursache angegeben, Lungenembolie in 9,6% und Sepsis in 8,7% der Fälle. In 6 Fällen konnte keine eindeutig nachweisbare Todes-

ursache gefunden werden. Verdachtsdiagnosen wurden, der Übersichtlichkeit halber, in Tabelle 16 mit eingeschlossen.

Tabelle 16: Sektionsdiagnosen der Todesursachen in den Sektionsprotokollen

Todesursachen	Anzahl	
	n	%
akuter Myokardinfarkt, chronische KHK	20	17,4%
sonstige Formen der Herzkrankheit	16	13,9%
Pneumonie, Tracheobronchitis	16	13,9%
Lungenembolie	11	9,6%
Peritonitis	9	7,8%
Sepsis	10	8,7%
Multiorganversagen	6	5,2%
zentrales Regulationsversagen bei zerebraler Erkrankung	6	5,2%
hypovolaemischer Schock bei Gastrointestinalblutung	5	4,3%
Ersticken/Aspiration	5	4,3%
metastasierendes Lungenkarzinom	1	0,9%
metastasierendes Sigmakarzinom	1	0,9%
Hepatitis	1	0,9%
dekompensierte Leberzirrhose	1	0,9%
Krampfleiden	1	0,9%
keine eindeutig nachweisbare Todesursache	6	5,2%
Summe	115	100,0%

5. Kasuistiken

Die folgenden Kasuistiken stellen die 29 Fälle dar, in denen gemäß Begutachtung ein Verstoß gegen die ärztliche bzw. pflegerische Kunst erkannt wurde. Das Fehlverhalten führte jeweils zum Schaden des Patienten.

5.1. Innere Medizin

Fall 1:

Anzahl der Patienten:	1 Patientin, 56 Jahre alt
Anzahl der Beschuldigten:	1 Chefarzt und 1 Oberarzt
Fachrichtung:	Innere Medizin
Sachverhalt:	fahrlässige Tötung
Fallgruppe des Fehlverhaltens:	fehlerhafte Medikation
	Indikation der Behandlung
	unzureichende Erkennung und Therapie einer Komplikation

Insgesamt lagen 4 rechtsmedizinische Gutachten, 3 internistisch-hämatologische und 1 internistisches Fachgutachten vor.

Darstellung: Nach Methotrexat-Gabe im Krankenhaus hatte die Patientin eine Knochenmark-aplasie entwickelt und starb in Folge dieser nach Verlegung in eine andere Klinik. Zuvor hatten die behandelnden Ärzte der ersten Klinik, nach Diagnose eines Magengeschwürs und einer Anämie, entschieden, eine aufgrund einer chronischen Polyarthritits durchgeführte entzündungshemmende Therapie mit nichtsteroidalen Antiphlogistika abzusetzen und stattdessen eine Therapie mit Methotrexat zu beginnen. Die rechtsmedizinischen Gutachter stellten fest, dass bei der Patientin mehrere Kontraindikationen für Methotrexat vorgelegen hätten. Außerdem sei bei vorbestehender Nierenfunktionsstörung die Dosierung zu hoch gewesen. Zudem sei nicht nachvollziehbar, dass keine differenzierten diagnostischen Maßnahmen, einschließlich einer Methotrexat-Serumbestimmung, vorgenommen worden seien. Ferner hätte eine Verlegung in eine Spezialklinik erfolgen müssen. Rechtsmedizinisch wurde festgehalten, dass die Patientin bei einer anderen Therapie als mit Methotrexat, nicht zu diesem Zeitpunkt verstorben wäre. Ein vom Rechtsanwalt der Beschuldigten beauftragtes internistisch-hämatologisches Fachgutachten kam dagegen zu dem Ergebnis, dass Gabe und Dosierung von Methotrexat vertretbar gewesen seien. Zudem sei die von der Rechtsmedizin behauptete Kausalität zum Ableben der Patientin in Frage zu stellen. Dieses Fachgutachten hielt ein

plötzliches Herzversagen aufgrund einer vorbestehenden Herzmuskelerkrankung für wahrscheinlicher. Es wurden 3 weitere Fachgutachten in Auftrag gegeben, die zu teils widersprüchlichen Ergebnissen kamen, was Indikation, Dosierung und Methotrexat als Todesursache betraf. Die rechtsmedizinischen Gutachter hielten an ihrer Beurteilung fest.

Beurteilung: Ein Verstoß gegen die Regeln der ärztlichen Kunst lag laut Rechtsmedizin vor. Eine Kausalität für den negativen Erfolg war gegeben.

Ausgang des Verfahrens/Strafmaß: Das Gericht verkündete folgendes Urteil: Die Angeklagten sind hinreichend verdächtig ein Vergehen nach § 222 StGB begangen zu haben. Ihre Schuld erscheint gering. Das Verfahren wird daher nach § 153 Abs. 2 StPO eingestellt. Die Schuld ist in hohem Maße wahrscheinlich. Es wird davon abgesehen die notwendigen Auslagen der Angeklagten der Staatskasse aufzuerlegen.

Fall 2:

Anzahl der Patienten:	1 Patientin, 68 Jahre alt
Anzahl der Beschuldigten:	1 Chefarzt
Fachrichtung:	Innere Medizin/Gastroenterologie
Sachverhalt:	fahrlässige Tötung
Fallgruppe des Fehlverhaltens:	fehlerhafte Durchführung einer Endoskopie

Insgesamt 1 rechtsmedizinisches Gutachten. Keine vorliegenden oder empfohlenen Fachgutachten.

Darstellung: Beim Versuch mittels Endoskopie eine PEG zu legen, hatte der behandelnde Chefarzt eine Einengung der Speiseröhre diagnostiziert und nahm eine Aufbougieung vor. Die Patientin hatte dabei einen Herz-Kreislaufstillstand erlitten und verstarb wenig später auf der Intensivstation. Bei der Sektion fand sich eine Einengung der Speiseröhre durch Tumorgewebe in Folge eines Bronchialkarzinoms. Nach rechtsmedizinischer Stellungnahme hätte die Zustandsverschlechterung der Patientin während des Eingriffs, mit Abfall von Pulsfrequenz und Sauerstoffsättigung, Anlass sein müssen, den Eingriff bei Feststellung des Passagehindernisses in der Speiseröhre abubrechen; dies insbesondere vor dem Hintergrund einer applizierten hohen Dosis von Midazolam, bei vorangegangener Opiat-Gabe, mit negativer Beeinflussung der Lungenfunktion. Die gewählte Vorgehensweise, ohne Sicherstellung einer ausreichenden Atemtätigkeit bzw. Beatmung, sei als Verstoß gegen die Regeln der ärztlichen Kunst zu werten. Eine ausreichende Atemtätigkeit sei effektiv nur durch eine Intubation mit künstlicher Beatmung zu bewerkstelligen gewesen; diese wurde aber nicht durchgeführt. Die

reanimationspflichtige Situation sei als Folge einer medikamentös induzierten Atemdepression oder einer instrumentellen Behinderung der peripheren Atmung oder einer Kombination beider Mechanismen zu werten.

Beurteilung: Ein Verstoß gegen die Regeln der ärztlichen Kunst lag laut Rechtsmedizin vor. Eine Kausalität für den negativen Erfolg war gegeben.

Ausgang des Verfahrens/Strafmaß: Unbekannt. Die Gerichtsakte konnte von der Staatsanwaltschaft nicht zur Verfügung gestellt werden.

Fall 3:

Anzahl der Patienten:	1 Patientin, 73 Jahre alt
Anzahl der Beschuldigten:	2 Ärzte, einer 57 Jahre alt
Fachrichtung:	Innere Medizin
Sachverhalt:	fahrlässige Tötung
Fallgruppe des Fehlverhaltens:	Indikation der Behandlung keine Verlegung auf Intensivstation

Insgesamt lagen 2 rechtsmedizinische Gutachten vor. Keine vorliegenden oder empfohlenen Fachgutachten.

Darstellung: Eine Frau mit fortgeschrittenem metastasiertem Ovarialkarzinom hatte sich in eine neu gegründete, von 2 Ärzten geführte Klinik, begeben, um sich dort einer Ganzkörperhyperthermiebehandlung zu unterziehen. Ein im Vorfeld der Behandlung erstelltes kleines Blutbild zeigte eine ausgeprägte Anämie. Die Hyperthermiebehandlung wurde trotzdem durchgeführt. Während dieser zeigte sich eine kontinuierliche Temperaturzunahme. Nach Abschluss der Behandlung verschlechterte sich der Zustand der Patientin dramatisch. Die Temperatur stieg weiter an, dazu sollen Krämpfe und Atemnot gekommen sein. Am nächsten Tag verstarb die Frau schließlich. Eine rechtsmedizinisch gesicherte Todesursache war bei nicht durchgeführter Obduktion nicht zu ermitteln. Nach rechtsmedizinischem Gutachten hätte die Ganzkörperhyperthermiebehandlung, in Kenntnis der Laborwerte, unter keinen Umständen durchgeführt werden dürfen. Außerdem wäre es notwendig gewesen, die Patientin, nach Einsetzen der schweren Symptomatik, auf eine adäquat ausgerüstete Intensivstation zu verlegen. Es hätte erkannt werden müssen, dass nach der Hyperthermiebehandlung eine lebensbedrohliche Notfallsituation vorlag und infolgedessen wäre eine Überprüfung sämtlicher Untersuchungsbefunde und Laborwerte, zur Abklärung möglicher Ursachen des Zwischenfalls, erforderlich gewesen. Dies hätte dann zwingend zur sofortigen Verlegung auf eine

Intensivstation führen müssen. Wäre die Behandlung unterblieben, wäre die Patientin nicht zu diesem Zeitpunkt verstorben.

Beurteilung: Ein Verstoß gegen die Regeln der ärztlichen Kunst lag laut Rechtsmedizin vor. Eine Kausalität für den negativen Erfolg war gegeben.

Ausgang des Verfahrens/Strafmaß: Das Verfahren wurde gemäß § 153 a StPO gegen Auflage einer Zahlung in Höhe von 12.000 Euro eingestellt.

Fall 4:

Anzahl der Patienten:	1 Patient, 57 Jahre alt
Anzahl der Beschuldigten:	1 Arzt
Fachrichtung:	Innere Medizin
Sachverhalt:	fahrlässige Körperverletzung
Fallgruppe des Fehlverhaltens:	unterlassene Diagnostik

Insgesamt 1 rechtsmedizinisches Gutachten. Keine vorliegenden oder empfohlenen Fachgutachten.

Darstellung: Der Patient erstattete Strafanzeige gegen seinen behandelnden Krankenhausarzt. Der Arzt habe sich des Vergehens der Körperverletzung und der unterlassenen Hilfeleistung schuldig gemacht. Während einer stationären Behandlung wegen Alkoholabusus, Harnwegsinfekt, Diabetes und Tinnitus entwickelte der Patient starke Oberbauchbeschwerden und musste mehrmals erbrechen. Der behandelnde Arzt lehnte eine weitere Diagnostik ab und entließ den Patienten mit Oberbauchbeschwerden nach Hause. Der Patient begab sich in ein anderes Krankenhaus. Dort wurde ein akutes Leberversagen diagnostiziert und der Patient auf die Intensivstation aufgenommen. Nach Stabilisierung des Gesundheitszustandes entließ sich der Patient eigenverantwortlich aus der stationären Behandlung. Die rechtsmedizinischen Begutachter stellten fest, dass der Oberbauch-Symptomatik klinisch weiter hätte nachgegangen werden müssen.

Beurteilung: Ein Verstoß gegen die Regeln der ärztlichen Kunst lag laut Rechtsmedizin vor. Die Frage welcher Schaden dem Patienten dadurch entstanden war, wurde im Gutachten nicht explizit behandelt.

Ausgang des Verfahrens/Strafmaß: Unbekannt. Die Gerichtsakte konnte von der Staatsanwaltschaft nicht zur Verfügung gestellt werden.

Fall 5:

Anzahl der Patienten:	1 Patient, 75 Jahre alt
Anzahl der Beschuldigten:	1 Oberarzt, 52 Jahre alt
Fachrichtung:	Innere Medizin/Gastroenterologie
Sachverhalt:	fahrlässige Tötung
Fallgruppe des Fehlverhaltens:	fehlerhafte Durchführung einer Koloskopie

Insgesamt lagen 2 rechtsmedizinische Gutachten, 1 anästhesiologisches und 1 gastroenterologisches Fachgutachten vor.

Darstellung: Um eine chronische Entzündung des Enddarms abzuklären, wurde bei dem Patienten eine Koloskopie durchgeführt. Im Rahmen derer wurden 700 mg Propofol verabreicht. Am Ende des Eingriffes kam es beim Umlagern zum Erbrechen mit Aspiration des erbrochenen Speisebreis. Das Einatmen der Mageninhaltsbestandteile in die Lungen verursachte die Entwicklung einer Pneumonie. Der Patient verstarb an den Folgen dieser Aspiration. Die Rechtsmediziner kamen zu der Erkenntnis, dass die Dosis von Propofol für die Dauer des Eingriffes (50 Minuten) zu hoch gewesen sei und dass der Patient am Untersuchungstag nüchtern hätte sein müssen. Die Gutachter merkten an, dass bei dem Körpergewicht des Patienten (79 kg) eine einmalige (Einleitungs-)Dosis von 160 mg für ca. 3–5 Min. eine Bewusstlosigkeit hervorrufe und nach Verabreichung der Einleitungs-dosis in der Regel eine Erhaltungsdosis von 1–4 mg/kg Körpergewicht pro Stunde ausreiche, um eine ausreichende Sedierung aufrecht zu erhalten. Aufgrund der hohen Dosis sei davon auszugehen, dass die Schutzreflexe des Patienten in einem Maße herabgesetzt waren, so dass er nicht mehr selbständig seine Atemwege freihalten konnte. So sei es zum Erbrechen und folgendem Einatmen (Aspiration) des erbrochenen Speisebreis gekommen. Das letztlich todesursächliche Multiorganversagen sei auf die durch die Aspiration verursachte Pneumonie zurückzuführen. Ein von den Rechtsmedizinern angeregtes anästhesiologisches Fachgutachten kam ebenfalls zu dem Ergebnis, dass die Schutzreflexe durch die Sedierung zum Zeitpunkt des Erbrechens herabgesetzt gewesen seien und dass der Patient nüchtern hätte sein müssen. Zudem dürften Untersucher und Anwender von Propofol nicht identisch sein, was hier aber der Fall gewesen sei. Die Angeklagtenseite ließ ein weiteres Fachgutachten von einem Gastroenterologen anfertigen. Dieser kam zu der Ansicht, dass die Nüchternheit bei einer Koloskopie nicht obligat sei, da das Risiko des Erbrechens bei einer Koloskopie sehr niedrig sei. Außerdem würde endoskopisch geschultes Pflegepersonal bei Propofolgabe ausreichen. Das Ableben des Patienten sei zudem nicht durch die Aspiration, sondern durch eine Leberzirrhose verschuldet. Der Angeklagte erklärte: Er sei nie der zuständige Oberarzt gewesen. Er habe den Patienten

erst kurz vor der Behandlung gesehen. Es sei nicht seine Aufgabe zu schauen, ob der Patient nüchtern sei. Das sei Sache der Stationsärztin.

Beurteilung: Ein Verstoß gegen die Regeln der ärztlichen Kunst lag laut Rechtsmedizin vor. Eine Kausalität für den negativen Erfolg war gegeben.

Ausgang des Verfahrens/Strafmaß: Der Angeklagte wurde der fahrlässigen Tötung für schuldig befunden. Das Gericht befand, dass der Patient nüchtern hätte bleiben müssen. Zudem sei derjenige, der Propofol anwende, dafür zuständig, dass der Patient auch nüchtern ist. Verurteilung zu einer Geldstrafe von 80 Tagessätzen zu jeweils 100 Euro. Angewandte Vorschriften: §§ 222 StGB, 464, 465 StPO.

Fall 6:

Anzahl der Patienten:	1 Patient, 81 Jahre alt
Anzahl der Beschuldigten:	1 Arzt, 1 Arzthelferin
Fachrichtung:	Innere Medizin u. nicht-ärztliches medizinisches Personal
Sachverhalt:	fahrlässige Tötung
Fallgruppe des Fehlverhaltens:	unzureichende Erkennung/Therapie einer Komplikation unzureichende Überwachung

Insgesamt 1 rechtsmedizinisches Gutachten. Keine vorliegenden oder empfohlenen Fachgutachten.

Darstellung: In einer Dialysepraxis kam es zu einer Diskonnektion der Dialysenadel mit folgendem massivem Blutverlust. Der Patient zeigte daraufhin einen Blutdruckabfall, Kammerflimmern, Asystolie und musste reanimiert werden. Seitdem wurde er maschinell beatmet und er erlangte das Bewusstsein nicht wieder bis zum Todeseintritt ca. 6 Wochen später. Der Patient entwickelte eine Lungenentzündung und starb laut Gutachten der Rechtsmedizin an einem septischen Herz-Kreislaufversagen. Die Gutachter sahen die Diskonnektion der Dialysenadel nicht als einen ärztlichen Behandlungsfehler an. Wohl aber sei eine kontinuierliche Überwachung des Dialysepatienten notwendig und organisatorisch sicherzustellen gewesen. Diese Überwachung obliege üblicherweise dem Pflegepersonal, was sich im Regelfall aus einer Organisationsverfügung ableiten ließe. Allerdings lagen den Gutachtern keine Unterlagen vor, die eine abschließende Beurteilung darüber möglich gemacht hätten. Zudem sei zu überprüfen, ob das Dialysegerät mit einem Sensor ausgestattet war, der auf Druckveränderungen bei Diskonnektion des Schlauchsystems reagiert und ob dieser Alarm aktiviert gewe-

sen sei. Die viel zu späte Reaktion sei als medizinisches Fehlverhalten zu werten. Wäre schneller reagiert worden, wäre es nicht zu dem erheblichen Blutverlust und somit auch nicht zum Tod des Patienten gekommen.

Beurteilung: Ein Verstoß gegen die Regeln der ärztlichen Kunst lag laut Rechtsmedizin vor. Eine Kausalität für den negativen Erfolg war gegeben.

Ausgang des Verfahrens/Strafmaß: Unbekannt. Die Gerichtsakte konnte von der Staatsanwaltschaft nicht zur Verfügung gestellt werden.

Fall 7:

Anzahl der Patienten:	1 Patientin, 71 Jahre alt
Anzahl der Beschuldigten:	1 Chefarzt, 1 Oberarzt, 1 Assistenzarzt
	Hauptangeklagter 37 Jahre alt
Fachrichtung:	Innere Medizin
Sachverhalt:	fahrlässige Körperverletzung
Fallgruppe des Fehlverhaltens:	fehlerhafte Befunderhebung mit Fehldiagnose und entsprechend falscher Therapie

Insgesamt lagen 2 rechtsmedizinische Gutachten vor. Keine vorliegenden oder empfohlenen Fachgutachten.

Darstellung: Aufgrund von Husten und einer erhöhten Körpertemperatur wurde die Patientin im Krankenhaus aufgenommen. Hier wurde eine Pneumonie behandelt. Die Patientin klagte zudem über starke Schmerzen in den Beinen. Die behandelnden Ärzte nahmen an, dass die Schmerzen Symptom eines inkompletten Querschnittsyndroms seien, an dem die Patientin seit einigen Jahren litt. Nach 2 Wochen wurde die Frau zur Schmerztherapie in eine Spezialklinik verlegt. Dort diagnostizierte man eine Beinvenenthrombose und eine schwere Unterfunktion der Schilddrüse. Die Tochter der Betroffenen stellte Strafantrag gegen die Ärzte in der zuvor behandelnden Klinik. Rechtsmedizinisch sei vorzuwerfen, dass keine Diagnostik durchgeführt worden sei, um eine Thrombose auszuschließen, für die typische Symptome und Risikofaktoren vorgelegen hätten. Zudem sei eine Pneumonie behandelt worden, für deren Vorhandensein es keinen eindeutigen Befund gegeben hätte. Die bei Aufnahme festgestellten Symptome (Fieber, erhöhte Entzündungsparameter) seien mit der falschen Diagnose in Verbindung gebracht worden. Eine differentialdiagnostische Überlegung in Richtung Thrombose sei offenbar nicht angestellt worden. Das Nichterkennen der Thrombose sei als Verstoß gegen die ärztliche Sorgfaltspflicht zu werten. Die Schmerzen der Patientin seien durch die Throm-

bose verursacht worden. Deren Dauer hätte wahrscheinlich verkürzt werden können, wenn die Diagnose früher gestellt worden wäre. Ferner hätte die Schilddrüsenunterfunktion erkannt werden müssen.

Beurteilung: Ein Verstoß gegen die Regeln der ärztlichen Kunst lag laut Rechtsmedizin vor. Eine Kausalität für den Schaden der Patientin war gegeben.

Ausgang des Verfahrens/Strafmaß: Einstellung gemäß § 170 Abs. 2 StPO. Der Strafantrag wurde von der Antragstellerin zurückgezogen. Die Geschädigte gab an, völlig genesen zu sein.

5.2. Allgemeinmedizin/Hausarzt

Fall 8:

Anzahl der Patienten:	1 Patientin, 94 Jahre alt
Anzahl der Beschuldigten:	1 Ärztin, 53 Jahre alt/ 1 Arzt, 58 Jahre alt/ 1 Krankenschwester, 35 Jahre alt
Fachrichtung:	Allgemeinmedizin, Chirurgie, nicht-ärztliches medizinisches Personal
Sachverhalt:	fahrlässige Körperverletzung
Fallgruppe des Fehlverhaltens:	verspätete Krankenhauseinweisung fehlerhafte Durchführung einer Dekubitus-Behandlung Pflegefehler in der Dekubitus-Behandlung mangelhafte Pflegedokumentation

Insgesamt lagen 2 rechtsmedizinische Gutachten vor. Keine vorliegenden oder empfohlenen Fachgutachten.

Darstellung: Eine schwerstpflegebedürftige Frau wurde zu Hause von einem ambulanten Pflegedienst betreut. Der Pfleger wurde einmal wöchentlich von einer Krankenschwester überwacht. In die Pflege waren zudem eine Hausärztin und ein ambulant versorgender Chirurg eingebunden. Nach einem anonymen Hinweis, dass die Geschädigte unzureichend versorgt werde und mehrere Dekubiti aufweise, veranlasste der medizinische Dienst der Krankenkassen, nach Begutachtung, die sofortige Einweisung der Patientin in ein Krankenhaus, in dem die Patientin wenige Tage später verstarb. Die rechtsmedizinische Begutachtung stellte Versäumnisse in Anbetracht der Ausdehnung und des Zustands der Aufliegedefekte fest; Dekubiti seien zwar nicht immer zu verhindern, aber zumindest fachgerecht zu versor-

gen. Bei Überschreiten der Möglichkeiten vor Ort hätte die Patientin rechtzeitig in eine entsprechend ausgestattete Pflegeeinheit überwiesen werden müssen. Dadurch wären zusätzliche Schmerzen zu vermeiden gewesen. Konkret wurden dem pflegedurchführenden Personal mangelhafte Dokumentation und der pflegebeaufsichtigenden Fachkraft unzureichende Kontrollbesuche und der Fehler keinen Arzt verständigt zu haben, zur Last gelegt. Der Chirurg habe nicht nach den Empfehlungen und Leitlinien zur Therapie und Prophylaxe von Dekubitalgeschwüren behandelt, sondern mit Wasserstoffperoxid. Zudem seien auch hier die Konsiliarbesuche im Abstand von 14 Tagen völlig unzureichend gewesen. Die betreuende Hausärztin habe nur einen Hausbesuch in der kritischen Phase durchgeführt. Dies sei ebenfalls völlig unzureichend gewesen. Ferner habe sie mit der Krankenhauseinweisung der Patientin viel zu lange gewartet.

Beurteilung: Ein Verstoß gegen die Regeln der ärztlichen und pflegerischen Kunst lag laut Rechtsmedizin vor. Eine Kausalität für den Schaden der Patientin war gegeben.

Ausgang des Verfahrens/Strafmaß: Alle Angeklagten wurden der fahrlässigen Körperverletzung gemäß §§ 223 Abs. 1, 229, 230 Abs. 1 StGB für schuldig befunden. Die fehlende Koordination der Angeklagten untereinander wurde besonders hervorgehoben. Die Hausärztin erhielt eine Geldstrafe in Höhe von 30 Tagessätzen zu je 250 DM, also von insgesamt 7.500 DM. Der Chirurg bekam eine Geldstrafe in Höhe von 40 Tagessätzen zu je 250 DM und somit von insgesamt 10.000 DM. Die Pflegefachkraft wurde zu einer Geldstrafe in Höhe von 30 Tagessätzen zu je 100 DM verurteilt.

Fall 9:

Anzahl der Patienten:	1 Patientin, 34 Jahre alt
Anzahl der Beschuldigten:	1 Arzt
Fachrichtung:	Allgemeinmedizin
Sachverhalt:	fahrlässige Körperverletzung
Fallgruppe des Fehlverhaltens:	fehlerhafte Befunderhebung mit Fehldiagnose und entsprechend falscher Therapie

Insgesamt 1 rechtsmedizinisches Gutachten. Keine vorliegenden oder empfohlenen Fachgutachten.

Darstellung: Eine Patientin, die in der Vorgeschichte seit Jahren immer wieder über Magen-Darm-Beschwerden und Stuhlunregelmäßigkeiten geklagt hatte, suchte wegen aktueller Obstipation und Schmerzen in der Bauch- und Magengegend ihren Hausarzt auf. Dieser ver-

schrrieb ihr ein Abführmittel. Der Zustand der Patientin besserte sich nicht. Die Schmerzen wurden stärker. Der Bauch blähte weiter auf. Der Hausarzt verordnete nun Schmerzmedikamente und eine Mischung aus Laxoberal und Glaubersalz. Es trat weiterhin keine Besserung ein. Der Bauch wurde nochmals untersucht ohne Feststellung eines harten Abdomens. Es wurde ein neuer Therapieversuch mit einem Einlauf begonnen mit dem Hinweis, dass die Patientin mehr essen und trinken solle. Nachdem sich auch in Folge keine Besserung der Symptomatik eingestellt hatte, begab sich die Patientin schließlich ins Krankenhaus, wo ein Darmverschluss aufgrund entzündungsbedingter Rectumstenose festgestellt wurde und mittels einer Notoperation ein künstlicher Ausgang gelegt werden musste. Die geschädigte Frau erhob Strafanzeige gegen ihren Hausarzt. Die Gutachter der Rechtsmedizin urteilten, dass der Hausarzt an seiner anfänglichen Diagnosestellung einer funktionellen Obstipation festgehalten habe und kein adäquates diagnostisches Vorgehen eingeleitet worden sei, um zu einer anderen Diagnose zu gelangen. Dadurch seien der Patientin zusätzliche vermeidbare Schmerzen entstanden.

Beurteilung: Ein Verstoß gegen die Regeln der ärztlichen Kunst lag laut Rechtsmedizin vor. Eine Kausalität für den Schaden der Patientin war gegeben.

Ausgang des Verfahrens/Strafmaß: Unbekannt. Die Gerichtsakte konnte von der Staatsanwaltschaft nicht zur Verfügung gestellt werden.

Fall 10:

Anzahl der Patienten:	1 Patientin, 89 Jahre alt
Anzahl der Beschuldigten:	1 Arzt, 48 Jahre alt; Pflegekräfte
Fachrichtung:	Allgemeinmedizin; nicht-ärztliches medizinisches Personal
Sachverhalt:	fahrlässige Körperverletzung
Fallgruppe des Fehlverhaltens:	fehlerhafte Durchführung einer Dekubitus- Behandlung Pflegefehler in der Dekubitus-Behandlung unterlassene Diagnostik keine Krankenhauseinweisung

Insgesamt lagen 1 rechtsmedizinisches Gutachten und 1 gerontopsychiatrisches Fachgutachten vor.

Darstellung: Bei einer Patientin, die seit vielen Jahren im Altenpflegeheim gepflegt wurde, entwickelte sich eine Nekrose an der Ferse. Man ging von einem Dekubitus aus. Die Therapie erfolgte durch Pflegekräfte und den Hausarzt. Die Nekrose breitete sich weiter aus, es kam zu

Infektionen und Eiterbildung. Schließlich musste der Fuß bis zum Knie amputiert werden. Danach setzte eine weitere Zustandsverschlechterung ein, so dass die Patientin letztendlich verstarb. Eine im Altenpflegeheim angestellte Pflegerin stellte Strafanzeige gegen das Heim, da sie meinte, dass Pflegefehler vorliegen würden. Die Rechtsmediziner beurteilten, dass ein pflegerisches Fehlverhalten nicht zu beweisen sei, da die Ätiologie der Nekrose nicht geklärt worden war. Es würden ein Druckschaden oder eine periphere arterielle Verschlusskrankheit als Ursache im Raum stehen. Zudem sei das Pflegepersonal den Anweisungen des Hausarztes gefolgt. Dem Arzt sei vorzuwerfen, dass er die Ursache der Nekrose nicht abgeklärt und eine zielgerichtete Therapie nicht veranlasst habe. Zudem habe er 3 Monate gewartet, ehe eine Therapie eingeleitet worden sei. Die Abtragung der Nekrose hätte einer chirurgischen Sanierung bedurft und hätte nicht ambulant vom Hausarzt durchgeführt werden dürfen. Nach Feststellung der Keimbesiedlung hätte eine Keimbestimmung und systemische antibiotische Therapie eingeleitet werden müssen. Es sei zu lange an einer veralteten und falschen Therapie festgehalten worden. Außerdem sei bei einer aufgetretenen Ödembildung und Blutung aus der Scheide auf eine Diagnostik und Therapie verzichtet worden. Eine Krankenhauseinweisung sei nicht erfolgt. Allerdings sei nicht klar, inwiefern man einem alten Menschen noch Therapie und Diagnostik zuführen könne und möchte, auch aus ökonomischen Gesichtspunkten. Hierüber bestehe in der Schulmedizin kein Konsens. Der Verteidiger des Angeklagten bestritt alle Beurteilungen der Rechtsmediziner und verwies auf die, auch von den Rechtsmedizinern erwähnten, ökonomischen Zwänge des Gesundheitssystems und der Prüfung im Einzelfall, welche Diagnostik und Therapie man einem älteren Patienten zumuten könne und möchte. Die Rechtsmediziner empfahlen daraufhin ein gerontopsychiatrisches Fachgutachten anfertigen zu lassen. Dieses sah in allen angeführten Punkten einen Verstoß gegen die Regeln der ärztlichen Kunst.

Beurteilung: Ein Verstoß gegen die Regeln der pflegerischen Kunst konnte nicht sicher bewiesen werden, dagegen jedoch ein Verstoß gegen die Regeln der ärztlichen Kunst. Eine Kausalität für den Schaden der Patientin war gegeben.

Ausgang des Verfahrens/Strafmaß: Der Angeklagte wurde der fahrlässigen Körperverletzung für schuldig befunden und zu einer Geldstrafe von 90 Tagessätzen zu je 120 Euro verurteilt. Dabei fielen die Aspekte der ökonomischen Zwänge des Gesundheitssystems und der Prüfung im Einzelfall, welche Diagnostik und Therapie man einem älteren Patienten zumuten kann und möchte, strafmildernd ins Gewicht. Angewandte Vorschriften: §§ 229, 223, 230 StGB.

Fall 11:

Anzahl der Patienten:	1 Patientin, 37 Jahre alt
Anzahl der Beschuldigten:	1 Arzt, 51 Jahre alt
Fachrichtung:	Allgemeinmedizin
Sachverhalt:	fahrlässige Tötung
Fallgruppe des Fehlverhaltens:	fehlerhafte Befunderhebung mit Fehldiagnose und entsprechend falscher Therapie

Es lagen 1 rechtsmedizinisches Gutachten und 1 tropenmedizinisches Fachgutachten vor.

Darstellung: Nach einem Urlaub in Kenia litt die Patientin an Durchfall, Erbrechen, Schüttelfrost und Rückenschmerzen. Sie suchte ihren Hausarzt auf, der einen Virusinfekt vermutete. Es wurden Antibiotika und Paracetamol verschrieben. Wenig später verstarb die Patientin. Bei der Obduktion wurde Malaria als Todesursache festgestellt. Die Mutter der Verstorbenen machte dem Arzt Vorwürfe, dass dieser von dem Urlaub gewusst habe und entsprechend hätte diagnostizieren müssen. Das rechtsmedizinische Gutachten kam zu dem Ergebnis, dass ein Auftreten von Fieber, welches für die Diagnose einer Malaria entscheidend sei, dem Arzt wohl nicht bekannt gewesen sei. Eine vom Arzt durchgeführte Fiebermessung ergab eine Temperatur von 36,9°C, bei nicht näher bezeichnetem Ort der Messung. Es sei auch nicht sicher belegbar, ob der Arzt von dem Urlaub in Kenia gewusst habe. Hätte er allerdings davon gewusst, hätte Malaria als Differentialdiagnose in Betracht gezogen werden müssen. Ob die Patientin bei einer Behandlung nach den Regeln der ärztlichen Kunst länger gelebt hätte, könne die Rechtsmedizin nicht sicher beantworten. Es wurde ein Fachgutachten eines Tropenmediziners empfohlen. Dieser urteilte, dass die Patientin mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit länger gelebt hätte, wenn eine Blutuntersuchung auf Malaria durchgeführt und infolgedessen eine entsprechende Malaria-Therapie eingeleitet worden wäre. Angesichts der Globalisierung des Reiseverhaltens müsse heutzutage jeder Hausarzt über allgemeine bekannte Standards bei Prophylaxe, Diagnose (u.a. ausreichende Anamnese) und Therapie der Malaria-Erkrankung Bescheid wissen.

Beurteilung: Ein Verstoß gegen die Regeln der ärztlichen Kunst war laut Rechtsmedizin nicht sicher zu belegen. Ein tropenmedizinisches Fachgutachten kam dagegen zu der Beurteilung, dass ein ärztlicher Behandlungsfehler vorgelegen habe. Dieses Gutachten konnte auch eine Kausalität für den negativen Erfolg feststellen.

Ausgang des Verfahrens/Strafmaß: Der Angeklagte wurde der fahrlässigen Tötung gemäß § 222 StGB für schuldig befunden. Er wurde zu einer Geldstrafe in Höhe von 90 Tagessätzen zu je 70 Euro, somit insgesamt 6.300 Euro, verurteilt.

Fall 12:

Anzahl der Patienten:	1 Patient, 43 Jahre alt
Anzahl der Beschuldigten:	1 Arzt, 49 Jahre alt
Fachrichtung:	Allgemeinmedizin
Sachverhalt:	fahrlässige Tötung
Fallgruppe des Fehlverhaltens:	fehlerhafte Injektion
	Indikation der Behandlung

Insgesamt lagen 2 rechtsmedizinische Gutachten und 1 neurologisches Fachgutachten vor.

Darstellung: Ein bandscheibenvorgeschädigter Patient erhielt wegen Schmerzen im Ischiasbereich vom Hausarzt eine intramuskuläre-Injektion mit Diclofenac und Dexamethason. Die Schmerzen des Patienten hatten sich in der darauffolgenden Nacht verschlimmert, weshalb der Patient ins Krankenhaus eingewiesen wurde. Es hatte sich eine tiefgreifende Entzündung des Weichteilgewebes an der Injektionsstelle entwickelt, die auf weitere Körperpartien übergriff und schließlich zur Sepsis führte, in deren Folge der Geschädigte verstarb. Laut rechtsmedizinischer Stellungnahme sei die Indikation für eine intramuskuläre Injektion von Diclofenac problematisch, da eine weniger komplikationsträchtige Alternative in Form einer rektalen Applikation zur Verfügung stehe. Die kombinierte Injektion von Diclofenac und Dexamethason sei in jedem Fall ein klarer Verstoß gegen die Regeln der ärztlichen Sorgfaltspflicht. Es bestehe ein ursächlicher Zusammenhang zwischen Injektion, Entwicklung einer nekrotisierenden Fasciitis und der Ausbildung eines septischen Krankheitsbildes mit Todesfolge. Es wurde ein fachneurologisches Gutachten zur Frage der Indikation der intramuskulären Injektion vorgeschlagen. Dieses kam in der Zusammenfassung zu dem Ergebnis, dass die Gabe einer intramuskulären Injektion von Dexamethason und Diclofenac einen Verstoß gegen die Regeln ärztlicher Sorgfaltspflicht darstelle. Dieser Sorgfaltsmangel sei für den danach eingetretenen Schaden ursächlich. Der beschuldigte Arzt argumentierte, dass der Patient die Kombination der Medikation in dieser Verabreichungsform gewünscht habe. Aus rechtsmedizinischer Sicht sei dem entgegenzuhalten, dass dies keine Anwendung von Therapieformen, die nicht den Regeln ärztlicher Kunst entspreche, rechtfertigen dürfe.

Beurteilung: Ein Verstoß gegen die Regeln der ärztlichen Kunst lag laut Rechtsmedizin vor. Eine Kausalität für den negativen Erfolg war gegeben.

Ausgang des Verfahrens/Strafmaß: Der Angeklagte wurde der fahrlässigen Tötung gemäß § 222 StGB für schuldig befunden. Er wurde zu einer Geldstrafe von 90 Tagessätzen zu je 150 Euro, insgesamt also 13.500 Euro, verurteilt. Zudem trug der Verurteilte die Kosten der Nebenklägerin in Höhe von 1.053,29 Euro.

Fall 13:

Anzahl der Patienten:	1 Patient, 71 Jahre alt
Anzahl der Beschuldigten:	1 Arzt, 59 Jahre alt
Fachrichtung:	Allgemeinmedizin
Sachverhalt:	fahrlässige Tötung
Fallgruppe des Fehlverhaltens:	fehlerhafte Befunderhebung mit Fehldiagnose und entsprechend falscher Therapie

Insgesamt lagen 2 rechtsmedizinische Gutachten vor. Keine vorliegenden oder empfohlenen Fachgutachten.

Darstellung: Mit der angegebenen Symptomatik "Thoraxkrampf", weißem Auswurf, Mundtrockenheit, vermehrtem Durst und vermindertem Schlaf suchte der Patient zweimal seinen Hausarzt auf. Dieser diagnostizierte eine Neuralgie, verschrieb Schmerzmedikamente und veranlasste eine Blutuntersuchung. Der Patient litt wohl aber auch an starken Bauch- und Brustschmerzen sowie Erbrechen. Der Geschädigte verstarb wenige Tage später an einer Peritonitis, ausgelöst durch eine Perforation des Wurmfortsatzes. Die rechtsmedizinische Beurteilung kam zu dem Ergebnis, dass zwar nicht ersichtlich sei, ob der Patient Angaben über Bauchschmerzen und Erbrechen geäußert habe, allerdings seien eine sorgfältige körperliche Untersuchung sowie Überprüfung von Puls und Blutdruck indiziert gewesen. Zudem seien bei der Blutuntersuchung die Thrombozyten und die Blutsenkungsgeschwindigkeit erhöht gewesen. Dies hätte zu weiterführenden Untersuchungen führen müssen. Wäre der Patient nach Vorliegen der Laborergebnisse sofort einbestellt worden und hätte dies zu einer Krankenhauseinweisung und der richtigen Diagnose „Appendizitis“ geführt, hätte der Patient mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit den Todeszeitpunkt (wenn auch nur kurzzeitig) überlebt.

Beurteilung: Ein Verstoß gegen die Regeln der ärztlichen Kunst lag laut Rechtsmedizin vor. Eine Kausalität für den negativen Erfolg war gegeben.

Ausgang des Verfahrens/Strafmaß: Das Verfahren wurde eingestellt gemäß § 153 a Abs. II StPO gegen Auflage einer Zahlung von insgesamt 5.000 Euro.

Fall 14:

Anzahl der Patienten:	1 Patient, 25 Jahre alt
Anzahl der Beschuldigten:	1 Arzt, 57 Jahre alt
Fachrichtung:	Allgemeinmedizin
Sachverhalt:	fahrlässige Tötung
Fallgruppe des Fehlverhaltens:	keine Krankenhauseinweisung unerlaubte und fehlerhafte Substitutionstherapie/ Verstoß gegen das Betäubungsmittelgesetz

Insgesamt lagen 1 rechtsmedizinisches Gutachten, 1 forensisch-psychiatrisches und 1 toxikologisches Fachgutachten vor.

Darstellung: Ein von seinem Hausarzt mit L-Polamidon substituierter Drogenkonsument war nach dem Besuch einer Disco nicht in der Lage aufzustehen. Der Hausarzt kam zu einem Krankenbesuch. Der Patient war nicht ansprechbar. Der Hausarzt führte dies laut eigener Angabe auf die Nebenwirkung der Therapie mit Methadon zurück. Noch in der gleichen Nacht verstarb der Geschädigte an einer Methadonintoxikation. Das rechtsmedizinische Gutachten warf dem Arzt vor, eine Klinikeinweisung nicht in die Wege geleitet zu haben. Bei Gabe eines Antidots und ggf. auch Intubation und Beatmung, sei der tödliche Ausgang mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit zu vermeiden gewesen. Das Fachgutachten eines forensischen Psychiaters schloss sich dieser Meinung an. Bei Bewusstlosigkeit sei die Klinikeinweisung obligatorisch. Außerdem sei die vom Arzt verordnete Dosierung zur Erklärung der gemessenen Konzentration von Methadon im Blut nicht ausreichend, der Geschädigte müsse in erheblichem Mehrumfang Methadon konsumiert haben. Ferner wurde bemängelt, dass die Abgabe von L-Polamidon, ohne entsprechende suchttherapeutische Erlaubnis und, ohne Kontrolle von Beikonsum und aktuellem Konsumspiegel erfolgt sei. Ein Fachgutachten eines forensischen Toxikologen hielt zudem fest, dass die vom Angeklagten überlassene Dosis L-Polamidon mit todesursächlich gewesen sei. Da der Arzt von seinem Vergehen gewusst habe, sei zu vermuten, dass er auf eine Einweisung verzichtet habe, um den Verstoß nicht offenkundig zu machen. Der Arzt selber gab an, dass er von einer Einweisung absah, um die Arbeitsstelle des Geschädigten nicht zu gefährden. Zudem sei der Widerruf der Bewährung des Geschädigten im Raum gestanden.

Beurteilung: Ein Verstoß gegen die Regeln der ärztlichen Kunst lag laut Rechtsmedizin vor. Eine Kausalität für den negativen Erfolg war gegeben.

Ausgang des Verfahrens/Strafmaß: Der Angeklagte wurde der fahrlässigen Tötung in Tateinheit mit vorsätzlicher Körperverletzung für schuldig befunden. Er wurde verurteilt zu einer

Freiheitsstrafe von 2 Jahren und 9 Monaten. Die selbständige Ausübung des Berufes als praktischer Arzt wurde für die Dauer von 3 Jahren verboten. Das Gericht sah die Gefahr, dass bei fortgesetzter Tätigkeit weitere bedeutende Straftaten gegen Leben und körperliche Unversehrtheit begangen würden. Zudem wurde der Angeklagte zu einer Zahlung von 5.259,79 Euro an die Nebenklägerin verurteilt. Dies entspreche den Bestattungskosten. Das Gericht habe den Eindruck gewonnen, dass es sich bei dem Angeklagten um einen Arzt handle, der auch den mit hohem gesundheitlichen Risiko verbundenen Willen des Patienten über medizinisch gebotene Vernunft und Vorsicht stelle und auch eigene Moralvorstellungen bewusst über gesetzliche Regelungen. Angewandte Strafvorschriften: §§ 222, 223 I, 230 I, 13 I, II, 52, 70 StGB.

Fall 15:

Anzahl der Patienten:	1 Patientin, 63 Jahre alt
Anzahl der Beschuldigten:	1 Arzt, 60 Jahre alt
Fachrichtung:	Allgemeinmedizin
Sachverhalt:	fahrlässige Tötung
Fallgruppe des Fehlverhaltens:	fehlerhafte Kontrolle der Medikation

Insgesamt lagen 2 rechtsmedizinische Gutachten vor. Keine vorliegenden oder empfohlenen Fachgutachten.

Darstellung: Eine unter chronischer Polyarthrititis leidende Patientin wurde von ihrem Hausarzt einer Therapie mit Methotrexat unterzogen. Wegen zunehmender Stomatitis mit Exsikkose ließ sie der Arzt ins Krankenhaus einweisen. Dort wurde eine Agranulozytose unter MTX-Therapie diagnostiziert und die Patientin in ein anderes Krankenhaus verlegt, in dem sie eine gute Woche später verstarb. Das Gutachten der Rechtsmediziner stellte fest, dass vom behandelnden Hausarzt, während der Behandlung mit Methotrexat, keine regelmäßigen Blutbildkontrollen durchgeführt worden seien. Diese seien aber erforderlich gewesen. Die Therapie mit Methotrexat über nahezu ein Jahr, fast ohne persönlichen Kontakt mit der Patientin, sei als Verstoß gegen die Regeln der ärztlichen Kunst zu werten. Im Falle einer adäquaten Überwachung und entsprechenden Therapie hätte die durch die Methotrexat-Therapie induzierte Panzytopenie und der damit zusammenhängende letale Ausgang, zu diesem Zeitpunkt, vermieden werden können. Die letztlich zum Tode führende Pneumonie sei durch die Panzytopenie als Folge der Methotrexattherapie ausgelöst worden. Es könne jedoch nicht nachgewiesen werden, dass der Tod zu einem späteren Zeitpunkt eingetreten wäre, wenn die Methotrexattherapie korrekt durchgeführt worden wäre.

Beurteilung: Ein Verstoß gegen die Regeln der ärztlichen Kunst lag laut Rechtsmedizin vor. Eine Kausalität für den negativen Erfolg war gegeben.

Ausgang des Verfahrens/Strafmaß: Das Verfahren wurde eingestellt gemäß § 153 a Abs. II StPO gegen Auflage einer Zahlung von insgesamt 8.000 Euro an gemeinnützige Einrichtungen.

Fall 16:

Anzahl der Patienten:	1 Patientin, 44 Jahre alt
Anzahl der Beschuldigten:	1 Ärztin, 57 Jahre alt
Fachrichtung:	Allgemeinmedizin
Sachverhalt:	fahrlässige Körperverletzung
Fallgruppe des Fehlverhaltens:	Indikation der Behandlung

Insgesamt lagen 2 rechtsmedizinische Gutachten vor. Es wurde ein neurologisches oder pneumologisches Fachgutachten empfohlen, welche aber beide nicht angefertigt wurden.

Darstellung: Eine Patientin mit Muskeldystrophie Typ Duchenne bestellte aufgrund einer Grippe ihre Hausärztin zum Hausbesuch ein. Diese verabreichte ihr eine intramuskuläre Injektion des Kortisonpräparates Volon A. Die Geschädigte verspürte dann eine körperliche Verschlechterung, wofür sie das verabreichte Medikament verantwortlich machte. Deshalb stellte sie Strafanzeige gegen die Ärztin. Die behandelnde Ärztin gab an, das Kortisonpräparat wegen einer chronischen Bronchitis der starken Raucherin gespritzt zu haben, um die Bronchien von der Entzündung zu befreien. Die rechtsmedizinischen Gutachter kamen zu dem Ergebnis, dass eine Indikation für Volon A in systemischer Form nicht gegeben gewesen sei. Bei Muskelerkrankungen aufgrund von genetischen Muskelstoffwechselstörungen sei die systemische Gabe von Kortikosteroiden kontraindiziert, da diese ihrerseits als Nebenwirkung u.a. eine Muskelschwäche hervorrufen könnten; allerdings in der Regel erst bei einer längerfristigen Anwendung. Ob bereits die einmalige intramuskuläre Gabe medizinisch nicht vertretbar sei, wäre laut Rechtsmedizin von einem Fachgutachter mit eingehender Kenntnis über erbliche Muskelerkrankungen zu klären. Zudem sei die Gabe eines Glukokortikoids bei Bronchitis erst an zweiter oder dritter Stelle eines Stufenplanes therapeutisch sinnvoll und dann auch in anderer Darreichungsform, entweder inhalativ oder oral.

Beurteilung: Ein Verstoß gegen die Regeln der ärztlichen Kunst lag laut Rechtsmedizin vor. Eine Kausalität für den Schaden der Patientin war gegeben.

Ausgang des Verfahrens/Strafmaß: Das Verfahren wurde eingestellt gemäß § 153 a Abs. 1 StPO gegen Auflage einer Zahlung in Höhe von 600 Euro.

5.3. Nicht-ärztliches medizinisches Personal

Fall 17:

Anzahl der Patienten:	1 Patientin, 82 Jahre alt
Anzahl der Beschuldigten:	1 Pflegedienstleiterin, 38 Jahre; 1 Pflegehilfskraft; 1 Arzt, 55 Jahre alt
Fachrichtung:	nicht-ärztliches medizinisches Personal; Allgemeinmedizin
Sachverhalt:	fahrlässige Körperverletzung
Fallgruppe des Fehlverhaltens:	Pflegefehler in der Dekubitus-Behandlung Vernachlässigung von Pflegebedürftigen fehlerhafte Durchführung einer Dekubitus-Behandlung Organisationsmängel Fehler bei Körperpflege Mangelernährung unzureichende Mobilisierung

Insgesamt lagen 3 rechtsmedizinische Gutachten vor. Keine vorliegenden oder empfohlenen Fachgutachten.

Darstellung: Bei Krankenhausaufnahme einer pflegebedürftigen Patientin mit zerebrovaskulärer Insuffizienz, einem Barrett-Ösophagus, einer Refluxösophagitis Stadium IV und einer funikulären Myelose, wurden ein Dekubitus und ein nicht mehr funktionstüchtiger, da verstopfter, Harnkatheter festgestellt. Außerdem befand sich die Patientin generell in einem schlechten Pflegezustand. Die Mitarbeiter des Krankenhauses warfen dem Altenheim, in dem die Patientin gepflegt worden war, vor, dass die Versorgung unzureichend gewesen sei. Die Geschädigte starb schließlich im Krankenhaus. Es sollte u.a. untersucht werden, ob der verstopfte Harnkatheter todesursächlich gewesen sei. Die Gutachter der Rechtsmedizin stellten Pflegemängel hinsichtlich Körperpflege, Ernährung und Mobilisierung fest. Es sei davon auszugehen, dass die Patientin nicht oft genug gewendet worden sei, um eine regelgerechte Dekubitusprophylaxe sicherzustellen. Der Dauerkatheter sei nicht pflegegerecht gewartet worden. Todesursächlich seien entweder ein schwerster Harnwegsinfekt mit septischer Streuung oder eine Koronarsklerose, die bei der Obduktion ebenfalls festgestellt worden war. Deshalb könne nicht sicher beurteilt werden, dass Pflegemängel ursächlich für den Tod gewesen

sein. Allerdings seien die Pflegemaßnahmen nicht ausreichend gewesen. Es könne nicht sicher gesagt werden, ob die Pflegedienstleitung über den Dekubitus und die Pflegemängel Bescheid gewusst habe. Doch sei es Aufgabe der Pflegedienstleitung die Durchführung der Pflegemaßnahmen zu überwachen. So wäre u.a. die Ausbreitung des Dekubitus zu verhindern gewesen. Wäre die Ausfuhr dokumentiert worden, hätte man auch festgestellt, dass der Katheter verstopft gewesen war. Eine Pflegehilfskraft habe den verstopften Katheter bemerkt, jedoch nichts gegen diesen Zustand unternommen. Es sei in diesem Zusammenhang auch festzuhalten, dass viele Dienstsichten offensichtlich nicht mit einer Fachkraft besetzt gewesen seien. Ferner sei dem Hausarzt vorzuwerfen, dass er das Dekubitalgeschwür offensichtlich nicht erkannt und behandelt habe. Insgesamt seien nach Aktenlage die Zuständigkeiten und Verantwortungen zur Pflege von Dekubitalgeschwüren in diesem Fall nicht ganz klar. Unabhängig davon bestehe jedoch für alle beteiligten Personen die Pflicht, bei unzureichender Pflege, egal wer diese verantwortlich ausführe, auf den Missstand aufmerksam zu machen und Abhilfe zu schaffen.

Beurteilung: Ein Verstoß gegen die Regeln der pflegerischen und ärztlichen Kunst lag laut Rechtsmedizin vor. Eine Kausalität für den Schaden der Patientin war gegeben. Die Verantwortung hierfür war nicht sicher zu klären.

Ausgang des Verfahrens/Strafmaß: Einstellung gemäß § 170 Abs. 2 StPO. Das Gericht stellte fest, dass offenbar pflegerische und ärztliche Fehlleistungen vorgelegen hätten. Es könne jedoch die Verantwortung für die Missstände nicht mehr einer bestimmten Person zuordnen. Für die Angeklagten sei daher der Zweifelsgrundsatz anzuwenden und das Verfahren trotz deutlicher Verdachtsmomente einzustellen.

Fall 18:

Anzahl der Patienten:	1 Patientin
Anzahl der Beschuldigten:	1 Arzthelferin; 1 Arzt
Fachrichtung:	nicht-ärztliches medizinisches Personal; Allgemeinmedizin
Sachverhalt:	fahrlässige Körperverletzung
Fallgruppe des Fehlverhaltens:	fehlerhafte Injektion

Insgesamt lagen 2 rechtsmedizinische Gutachten vor. Keine vorliegenden oder empfohlenen Fachgutachten.

Darstellung: Wegen akuter Lumboischialgie suchte die Patientin ihren Hausarzt auf. Dieser wies seine Arzthelferin an, eine intramuskuläre Injektion mit einer Medikamentenkombina-

tion, bestehend aus Diclofenac, Piroxicam und Dexamethason, durchzuführen. Die Arzthelferin punktierte, aspirierte Blut und injizierte daraufhin in die andere Gesäßhälfte. Es entwickelte sich ein Spritzenabszess mit zahlreichen Folgeoperationen. Die Patientin behauptete, dass die Arzthelferin trotz Blutaspiration 50% des Medikamentes injiziert habe und stellte Strafanzeige. Die rechtsmedizinischen Gutachter hielten zwei Erklärungen für die Entstehung des Abszesses für denkbar: zum einen eine Fehlinjektion in das subkutane Fettgewebe von Medikamenten, die nur streng intramuskulär/intragluteal appliziert werden dürften, mit der Folge einer Fettgewebsnekrose. Zum anderen würde die Anpunktion eines Gefäßes und Teilinjektion der Medikamente, mit der Folge eines Gefäßverschlusses und nachfolgendem Gewebeuntergang im entsprechenden Versorgungsgebiet, den Vorfall erklären. In beiden Fällen würde ein Verstoß gegen die Sorgfaltspflicht vorliegen. Ein Verschulden des verantwortlichen Arztes hinsichtlich der Unterweisung und Überprüfung der zur intramuskulären Injektion ermächtigten Arzthelferin könne nicht bewiesen werden, da die vorliegenden Unterlagen keine konkreten Ausführungen hierüber enthalten würden.

Beurteilung: Ein Verstoß gegen die Regeln der pflegerischen Kunst lag laut Rechtsmedizin vor. Eine Kausalität für den Schaden der Patientin war gegeben. Ein Verstoß gegen die Regeln der ärztlichen Kunst war rechtsmedizinisch nicht sicher zu klären.

Ausgang des Verfahrens/Strafmaß: Die Gerichtsakte konnte vom Gericht nicht zur Verfügung gestellt werden.

Fall 19:

Anzahl der Patienten:	1 Patientin, 70 Jahre alt
Anzahl der Beschuldigten:	Pflegekräfte, nicht näher benannt; 1 Arzt
Fachrichtung:	nicht-ärztliches medizinisches Personal; Allgemeinmedizin
Sachverhalt:	fahrlässige Körperverletzung
Fallgruppe des Fehlverhaltens:	Pflegefehler in der Dekubitus-Behandlung fehlerhafte Durchführung einer Dekubitus-Behandlung keine Krankenhauseinweisung

Insgesamt lagen 3 rechtsmedizinische Gutachten vor. Keine vorliegenden oder empfohlenen Fachgutachten.

Darstellung: Nach Kurzzeitpflege im Altenheim wurde eine unter Demenz leidende Patientin vom Notarzt ins Krankenhaus eingewiesen. Bei Aufnahme war die Frau bewusstlos, mit sehr

trockenen Schleimhäuten und einem hochgradig infizierten und nekrotischen Dekubitus am Steiß. Der Betreuer und der Ehemann verklagten das Altenheim wegen Mängel bei der Pflege. Die rechtsmedizinischen Gutachter stellten fest, dass man das Auftreten eines Dekubitalgeschwürs aufgrund vorbestehender Risikofaktoren nicht auf Dauer habe verhindern können, allerdings hätte der Dekubitus zumindest fachgerecht versorgt werden müssen. Bei Überschreiten der Möglichkeiten vor Ort hätte man rechtzeitig an eine Überweisung in eine entsprechend ausgestattete Pflegeeinheit denken müssen. Damit sei zu lange gewartet worden. Infolge der mangelhaften Pflege seien vermeidbare Schmerzen entstanden. Den Pflegekräften und dem Arzt sei vorzuwerfen, dass keine Maßnahmen ergriffen worden seien, um die Ausdehnung des Dekubitus zu verhindern. Fehler seien in prophylaktischer und therapeutischer Hinsicht gemacht worden. Diagnose und Therapieanordnungen würden dabei dem Arzt unterliegen. Jedoch gäbe es keinen pflegefreien Raum, da Grund- und Behandlungspflege nahtlos ineinander übergehen würden und man zwischen individueller Verfehlung einerseits und Mängeln in der Organisation, mit klarer Kompetenzabsprache, andererseits zu differenzieren habe. Wie das in diesem Fall geregelt wurde sei unbekannt.

Beurteilung: Ein Verstoß gegen die Regeln der pflegerischen und ärztlichen Kunst lag laut Rechtsmedizin vor. Eine Kausalität für den Schaden der Patientin war gegeben.

Ausgang des Verfahrens/Strafmaß: Unbekannt. Die Gerichtsakte konnte zum Zeitpunkt der Datenerhebung nicht mehr eingesehen werden.

Fall 20:

Anzahl der Patienten:	4 Patientinnen; 92, 92, 92 und 90 Jahre alt
Anzahl der Beschuldigten:	1 Altenpfleger
Fachrichtung:	nicht-ärztliches medizinisches Personal
Sachverhalt:	fahrlässige Körperverletzung
Fallgruppe des Fehlverhaltens:	Verletzungen durch fehlerhaft ausgeführte Pflegegriffe körperliche Gewaltanwendung

Insgesamt 1 rechtsmedizinisches Gutachten. Keine vorliegenden oder empfohlenen Fachgutachten.

Darstellung: Einer Hausärztin fielen bei 4 Bewohnerinnen eines Altenheimes Hämatome, Hautabschürfungen und eine Handgelenksdistorsion auf. Ein Altenpfleger stand im Verdacht den Bewohnerinnen diese Verletzungen beigebracht zu haben. Laut dessen Aussage seien die Verletzungen beim Windelwechseln bzw. beim Einführen einer Schnabeltasse aufgetreten.

Die rechtsmedizinischen Gutachter kamen zu dem Schluss, dass die Hautläsionen an den Armen zwar auch bei Anwendung der erforderlichen Sorgfalt entstehen könnten, aber nicht die Handgelenksdistorsion. Diese setze ein Maß an Krafteinwirkung voraus, die im Zuge pflegerischer Maßnahmen entweder nicht aufgebracht werden müsse oder im Falle einer Notwendigkeit in völlig ungeeigneter Weise, und damit vermeidbar, eingesetzt worden sei. Zudem sei bei den Hämatomen im Gesicht, in den vorliegenden Fällen, als auslösende Ursache eine Gewalteinwirkung von dritter Hand, beispielsweise im Sinne von Schlägen, anzunehmen. Es sei zwar sehr unwahrscheinlich, aber letztlich nicht völlig auszuschließen, dass es im Rahmen pflegerischer Maßnahmen zu einem Anstoßen des Gesichts gegen Bettstrukturen gekommen sei. Allerdings sei das dann, ebenso wie ein rigides Einführen einer Schnabeltasche in den Mund, als Verstoß gegen die pflegerische Sorgfaltspflicht zu werten.

Beurteilung: Ein Verstoß gegen die Regeln der pflegerischen Sorgfaltspflicht lag laut Rechtsmedizin vor. Eine Kausalität für den Schaden der Patientinnen war gegeben.

Ausgang des Verfahrens/Strafmaß: Unbekannt. Die Gerichtsakte konnte von der Staatsanwaltschaft nicht zur Verfügung gestellt werden.

Fall 21:

Anzahl der Patienten:	1 Patientin, 75 Jahre alt
Anzahl der Beschuldigten:	1 Arzthelferin, 38 Jahre alt ; 1 Arzt
Fachrichtung:	nicht-ärztliches medizinisches Personal; Innere Medizin
Sachverhalt:	fahrlässige Körperverletzung
Fallgruppe des Fehlverhaltens:	unzureichende Überwachung

Insgesamt 1 rechtsmedizinisches Gutachten. Keine vorliegenden oder empfohlenen Fachgutachten.

Darstellung: Bei einem Praxisbesuch, wegen einer Angina pectoris-Symptomatik, verabreichte der behandelnde Arzt der Patientin Nitrospray. Er verließ danach das Behandlungszimmer, um während der Anflutung des Medikamentes weitere Patienten zu versorgen. Zurückgelassen wurde eine Arzthelferin. Diese wurde von einer anderen Patientin aber ebenfalls aus dem Zimmer gerufen. Die Geschädigte wurde bewusstlos, fiel von der Behandlungsliege und erlitt ein oberflächliches Hämatom an der Stirn, ein Schädel-Hirn-Trauma 1. Grades und eine Thorax-Prellung. Die Patientin stellte Strafanzeige gegen den Arzt. Die rechtsmedizinische Beurteilung kam zu dem Ergebnis, dass das Verlassen des Raumes durch den Arzt unter Zurücklassen einer Arzthelferin nachvollziehbar sei und keinen Verstoß gegen

die Regeln der ärztlichen Kunst darstelle. Dass die Arzthelferin den Raum verlassen habe, sei dagegen als Fehlverhalten im Sinne einer Verletzung der Hilfspflicht zu sehen. Hätte man die Patientin nicht unbeaufsichtigt gelassen, wären die durch den Sturz entstandenen Schmerzen zu vermeiden gewesen.

Beurteilung: Ein Verstoß gegen die Regeln der ärztlichen Kunst lag laut Rechtsmedizin nicht vor, dagegen jedoch eine Verletzung der Hilfspflicht durch die Arzthelferin. Eine Kausalität für den Schaden der Patientin war gegeben.

Ausgang des Verfahrens/Strafmaß: Unbekannt. Die Gerichtsakte konnte von der Staatsanwaltschaft nicht zur Verfügung gestellt werden.

Fall 22:

Anzahl der Patienten:	1 Patient, 61 Jahre alt
Anzahl der Beschuldigten:	1 Krankenschwester, 52 Jahre alt; nicht näher zu bestimmende Anzahl an Ärzten
Fachrichtung:	nicht-ärztliches medizinisches Personal; Chirurgie
Sachverhalt:	fahrlässige Körperverletzung + fahrlässige Tötung
Fallgruppe des Fehlverhaltens:	Versäumnis einen Arzt einzuschalten Vorwurf gegen Chirurgen nicht konkret

Insgesamt 1 rechtsmedizinisches Gutachten. Keine vorliegenden oder empfohlenen Fachgutachten.

Darstellung: Aufgrund eines Gallensteinleidens ließ sich der Patient bei einer Operation die Gallenblase entfernen. Der postoperative Verlauf gestaltete sich zunächst unauffällig. In der Nacht wurde der Operierte dann tot in seinem Bett im Überwachungsraum aufgefunden und eine ungeklärte Todesursache bescheinigt. Die Staatsanwaltschaft ließ prüfen, ob ein ärztlicher Behandlungsfehler vorliege. Und falls ja, ob dieser im Sinne einer fahrlässigen Tötung oder einer fahrlässigen Körperverletzung zu werten sei. Die rechtsmedizinischen Gutachter stellten fest, dass die Todesursache ein Verbluten nach innen gewesen sei. Die Blutungsquelle konnte nicht festgestellt werden. Die Entfernung der Gallenblase sei regelrecht erfolgt. Die postoperative Versorgung sei noch vertretbar gewesen. Insofern könne kein Verstoß gegen Regeln der ärztlichen Kunst bewiesen werden. Zwei Stunden vor dem Todeseintritt sei von einer Krankenschwester festgestellt worden, dass der Patient 400 ml Blut neu verloren habe. Dies hätte Anlass für die versorgende Schwester sein müssen, einen Arzt zu alarmieren. Dieser hätte dann weitere Entscheidungen, wie eine Untersuchung des Bauchumfanges oder

eine Untersuchung des Bauchraumes mittels Ultraschall etc., treffen können. Bei rechtzeitiger Intervention hätte das Leben zumindest relevant verlängert werden können.

Beurteilung: Ein Verstoß gegen die Regeln der ärztlichen Kunst lag laut Rechtsmedizin nicht vor, dagegen jedoch ein Verstoß gegen die Regeln der pflegerischen Sorgfaltspflicht. Eine Kausalität für den negativen Erfolg war gegeben.

Ausgang des Verfahrens/Strafmaß: Die Angeklagte wurde der fahrlässigen Tötung durch Unterlassen für schuldig befunden. Verurteilung zu einer Geldstrafe von 90 Tagessätzen zu je 20 Euro. Angewandte Vorschriften: § 222, 13 StGB. Zugunsten der Angeklagten wurde berücksichtigt, dass nicht festgestellt werden konnte, dass der Patient sicher hätte gerettet werden können. Zudem sei sie mit der Betreuung von 3 Überwachungspatienten und 30 Patienten überfordert gewesen. Dies sei ein Verschulden der Klinikorganisation.

Fall 23:

Anzahl der Patienten:	1 Patientin, 88 Jahre alt
Anzahl der Beschuldigten:	1 private Altenpflegerin, 55 Jahre alt
Fachrichtung:	nicht-ärztliches medizinisches Personal
Sachverhalt:	fahrlässige Körperverletzung + fahrlässige Tötung
Fallgruppe des Fehlverhaltens:	Medikamentensicherheit körperliche Gewaltanwendung Versäumnis einen Arzt einzuschalten mangelhafte Flüssigkeitszufuhr Vernachlässigung von Pflegebedürftigen

Insgesamt lagen 3 rechtsmedizinische Gutachten und 3 toxikologische Zusatzgutachten vor.

Darstellung: Es handelt sich hier um einen Sonderfall. Zunächst wurden Pflegefehler begangen, die zu einem späteren Zeitpunkt von einem Mord überlagert wurden. Die Patientin litt an Morbus Alzheimer, einer Herzinsuffizienz und an einem Blasenkarzinom und wurde zu Hause von einer privaten Altenpflegerin versorgt. Nach einem Sturz verschlechterte sich der Zustand der Geschädigten, es zeigte sich ein schwerer zerebraler Abbau. Die Frau starb schließlich in ihrer Wohnung. Einen Monat vor dem Tod der Patientin ließ die Pflegerin von der Hausärztin Dilaudid und Durogesic Pflaster für die zu pflegende Frau verschreiben. Eine Wohnungsnachbarin der Verstorbenen meldete bei der Kriminalpolizei Zweifel am natürlichen Tod der Geschädigten an. Die Gutachter stellten fest, dass die Pflegerin Diagnosen gestellt habe, die nicht vorgelegen hätten. Sie habe sich auch nicht an ärztliche Therapieempfehlungen gehalten. So habe die Angeklagte der Patientin z.B., ohne ärztliche Ab-

sprache, eigenverantwortlich Catapresan zur Behandlung von Bluthochdruck verabreicht. Damit habe sie ihre Kompetenzen überschritten. Es sei das Einschalten eines Arztes erforderlich gewesen, um eine optimale Einstellung des Blutdrucks sicherzustellen. Dieses Fehlverhalten habe zu gesundheitlichen Beeinträchtigungen der Geschädigten geführt. Ferner sei bei einem Krankenhausaufenthalt eine Exsikkose festgestellt worden, die von der Angeklagten hätte vermieden werden können, wenn sie bei der Patientin für ausreichende Flüssigkeitszufuhr gesorgt hätte. Folgen seien Verwirrtheit, Müdigkeit und Benommenheit der Geschädigten gewesen. An Wochenenden habe es zudem keine pflegerische Versorgung gegeben. Die zunehmende gesundheitliche Verschlechterung der Verstorbenen hätte jedoch auch eine Versorgung am Wochenende erforderlich gemacht. Die rechtsmedizinischen Gutachter konnten keine innere Erkrankung feststellen, die den Tod zwanglos belegen würde. Bei der Sektion fielen dagegen Punktblutungen in den Augenlidern und Konjunktiven auf. Aufgrund dieser Befunde wurde mit hoher Wahrscheinlichkeit von einem Erstickten als Todesursache ausgegangen. Zudem wurde im Blut eine hohe Konzentration von Fentanyl und Morphin, bei Verabreichung von Durogesic Pflaster und Dilauidid, festgestellt. Diese hohe Dosierung könne ebenfalls durch eine Atemdepression todesursächlich gewesen sein.

Beurteilung der Pflegefehler: Ein Verstoß gegen die Regeln der pflegerischen Kunst lag laut Rechtsmedizin vor. Eine Kausalität für den negativen Erfolg war gegeben.

Ausgang des Verfahrens/Strafmaß: Da die Angeklagte außer den nachgewiesenen Pflegefehlern auch noch einen Mord an der Geschädigten begangen hatte, wurde sie vom Gericht für dieses mit dem höchsten Strafmaß belegte Delikt zu einer lebenslangen Freiheitsstrafe verurteilt. Angewandte Vorschrift: § 221 Abs. 1, Abs. 2 Alternativen 3 und 5 StGB.

Fall 24:

Anzahl der Patienten:	1 Patient, 83 Jahre alt
Anzahl der Beschuldigten:	1 Krankenpfleger und Stationsleiter, 52 Jahre alt
Fachrichtung:	nicht-ärztliches medizinisches Personal
Sachverhalt:	fahrlässige Körperverletzung
Fallgruppe des Fehlverhaltens:	fehlerhafte Versorgung eines Dekubitus Versäumnis einen Arzt einzuschalten mangelhafte Pflegedokumentation

Insgesamt 1 Gutachten aus der Rechtsmedizin München und 1 Gutachten aus der Rechtsmedizin Erlangen.

Darstellung: Der pflegebedürftige und an Alzheimer leidende Patient kam nach einem Aufenthalt im Krankenhaus mit einem Dekubitus ins Pflegeheim zurück. In der Folge wurde das Aufliegegeschwür größer und verfärbte sich schwarz. Nachdem der angeklagte Pfleger den Hausarzt nicht hatte erreichen können, entschied er sich dazu selber das faulige Gewebe aus der Dekubituswunde zu schneiden. Die Fäulnis der Wunde hatte in den darauf folgenden Tagen weiter um sich gegriffen, weshalb sich der Krankenpfleger veranlasst sah, den Dekubitus weiter auszuschneiden. Am selben Abend kollabierte der Patient und er wurde deshalb ins Krankenhaus eingeliefert. Dort wurde ein hämorrhagischer Schock diagnostiziert. Aufgrund der bereits fortgeschrittenen Intoxikation durch den ausgedehnten Gewebeerfall verstarb der Patient im Krankenhaus. Der Pfleger meinte, er sei aufgrund seiner Erfahrung auf dem Gebiet der Intensivmedizin und der Anästhesie als Krankenpfleger öfters an Operationen beteiligt gewesen und habe dabei auch selbständig instrumentiert. Deshalb sei er auch zu dem Ausschneiden der Wunde befähigt gewesen. Ein rechtsmedizinischer Gutachter aus Erlangen sah das anders. Der Beschuldigte hätte demnach die Eingriffe nicht durchführen dürfen, da er weder die ärztliche Befähigung besessen habe noch eine Einwilligung vorgelegen habe und überdies auch nicht die notwendigen Vorrichtungen vorhanden gewesen seien. Zudem habe auch kein absoluter Notfall vorgelegen. Eine frühere Einweisung ins Krankenhaus sei angezeigt gewesen. Der Tod des Patienten sei allerdings wohl aber nicht mit Sicherheit auf die Ausschneidehandlungen des Beschuldigten zurückzuführen. Das Gericht verurteilte den Pfleger wegen gefährlicher Körperverletzung zu einer Freiheitsstrafe von 1 Jahr, deren Vollstreckung zur Bewährung ausgesetzt wurde. Es kam zur Berufung, in deren Verlauf die Rechtsmedizin München das Gutachten aus Erlangen überprüfen sollte. Auch die Begutachter aus München kamen zu dem Ergebnis, dass sachliche und formale Versäumnisse gegen die Regeln pflegerischer Sorgfaltspflicht vorgelegen hätten. Zum einen sei das Aufliegegeschwür nicht fachgerecht versorgt worden, zum anderen seien die verordneten und getroffenen prophylaktischen und therapeutischen Maßnahmen nicht ordnungsgemäß protokolliert worden. Ein Dekubitus ab Stadium III gehöre in die Hände eines Chirurgen. Der Krankenpfleger habe seinen Verantwortungsbereich klar überschritten. Durch die Behandlung des Beschuldigten habe akute Lebensgefahr bestanden. Auch die Rechtsmedizin München stellte ferner fest, dass ein Kausalzusammenhang zwischen infiziertem Aufliegegeschwür und dem Tod des Patienten, zwar nicht mit einer wie im Strafrecht erforderlichen Sicherheit, jedoch mit einer sehr hohen Wahrscheinlichkeit zu bejahen sei.

Beurteilung: Ein Verstoß gegen die Regeln der pflegerischen Kunst lag laut Rechtsmedizin vor. Eine Kausalität für den negativen Erfolg war gegeben.

Ausgang des Verfahrens/Strafmaß: Der Angeklagte wurde wegen gefährlicher Körperverletzung zu einer Freiheitsstrafe von 6 Monaten verurteilt, deren Vollstreckung nicht zur Bewährung ausgesetzt wurde. Er trug außerdem die Auslagen der Nebenklägerin in Höhe von 2.208 Euro. Der Angeklagte war bereits mehrfach vorbestraft. Das Gericht führte aus, dass der Angeklagte die Straftat beging, obwohl er bei Tatbegehung aus zwei Verurteilungen unter Bewährung gestanden habe. Der Verurteilte verlor zudem seinen Arbeitsplatz und die Regierung von Niederbayern sprach ein Berufsverbot als Krankenpfleger aus. Angewandte Vorschriften: §§ 223, 224 I Nr. 2, Nr. 5, 53 StGB.

Fall 25:

Anzahl der Patienten:	14 Patienten, 4 männlich, 10 weiblich, 59, 62, 65, 76, 77, 79, 81, 83, 83, 86, 86, 87, 87, 89 Jahre alt
Anzahl der Beschuldigten:	Pflegepersonal
Fachrichtung:	nicht-ärztliches medizinisches Personal
Sachverhalt:	fahrlässige Körperverletzung
Fallgruppe des Fehlverhaltens:	Fehler bei Körperpflege Vernachlässigung von Pflegebedürftigen mangelhafte Flüssigkeitszufuhr Medikamentensicherheit

Insgesamt 1 rechtsmedizinisches Gutachten. Keine vorliegenden oder empfohlenen Fachgutachten.

Darstellung: Verschiedene Beschwerden und Zeugenaussagen, so u.a. von Angehörigen und dem Sozialdienst, legten den Verdacht nahe, dass es bei Bewohnern einer Seniorenresidenz in 14 Fällen infolge pflegerischen Fehlverhaltens zu Gesundheitsbeeinträchtigungen gekommen sei. So seien Medikamente angeblich nicht oder in zu geringer Dosierung verabreicht, die Flüssigkeitszufuhr und Nahrungsgabe ungenügend und inkonsequent vorgenommen, offene Wunden nicht regelmäßig versorgt und Windeln zu selten gewechselt worden, wobei letzteres Pilzinfektionen verursacht habe. Ein Bewohner habe zu lange im Rollstuhl sitzen müssen, wodurch seine Beine angeschwollen seien. Zudem habe er sich durch offen stehende Fenster und Türen eine Lungenentzündung zugezogen. Eine Bewohnerin sei gestürzt und habe in der Folgezeit die ganze Nacht auf dem Boden liegen müssen, infolgedessen sie eine Unterkühlung erlitten habe. Eine andere Bewohnerin sei trotz Dekubitus falsch gelagert worden. Eine Frau soll nach einem Sturz, bei welchem sie einen Oberschenkelhalsbruch erlitten habe, erst nach 4 Stunden ins Krankenhaus verbracht worden sein. Die rechtsmedizinische Begutachtung stellte

in den meisten Fällen fest, dass sich ein pflegerisches Fehlverhalten nicht sicher beweisen lasse oder dieses nicht vorliege. Allerdings sei dem Pflegepersonal in einem Fall vorzuwerfen, dass es bei einer Bewohnerin die zu geringe Flüssigkeitszufuhr nicht erkannt habe und deshalb auch keine Gegenmaßnahmen ergriffen habe. Außerdem sei bei dieser Bewohnerin auch der Wechsel des Harnblasendauerkatheters zu selten und erst nach Feststellung eines Harnverhaltens und Auftreten von Schmerzen erfolgt. Bei zwei weiteren Bewohnerinnen wurden gleichfalls Defizite in der Flüssigkeitszufuhr erkannt. Ebenfalls bei zwei Bewohnerinnen wurde festgestellt, dass die Medikamentenverabreichung sehr lückenhaft und teilweise gar nicht erfolgt sei.

Beurteilung: Ein Verstoß gegen die Regeln der pflegerischen Kunst lag laut Rechtsmedizin in zumindest 4 Fällen vor. In wenigstens 1 Fall war dabei auch eine Kausalität für den Schaden der Patientin sicher gegeben.

Ausgang des Verfahrens/Strafmaß: Unbekannt. Die Gerichtsakte konnte von der Staatsanwaltschaft nicht zur Verfügung gestellt werden.

Fall 26:

Anzahl der Patienten:	1 Patient, 68 Jahre alt
Anzahl der Beschuldigten:	1 Altenpflegerin und Pflegedienstleitung; 1 Altenpflegehelfer, 41 Jahre alt
Fachrichtung:	nicht-ärztliches medizinisches Personal
Sachverhalt:	fahrlässige Tötung
Fallgruppe des Fehlverhaltens:	unzureichende Überwachung Fehler bei Anwendung und Kontrolle von Medizinprodukten

Insgesamt 1 rechtsmedizinisches Gutachten. Keine vorliegenden oder empfohlenen Fachgutachten.

Darstellung: Nachdem der Patient einen Hirninfarkt erlitten hatte, wurde er in einem Pflegeheim untergebracht. Aufgrund ausgeprägter nächtlicher Unruhezustände mit Stürzen aus dem Bett erfolgte auf Beschluss des AG München die Genehmigung zum Anbringen eines Bettgitters sowie zur Verabreichung eines Bauchgurtes im Bett. Trotz dieser Maßnahmen hatte es der Patient bereits in der Vergangenheit geschafft, das Gitter zu überwinden. Er wurde dann eines Nachts in seinem Zimmer, in kniender Stellung vor der Bettlängsseite mit einem Bauchgurt fixiert, tot aufgefunden. Der verständigte Hausarzt schaltete die Polizei ein. Am Todestag hatte man sich im Seniorenwohnheim, im Beisein der Ehefrau, dazu entschlossen, das

Bettgitter zur Raumseite nicht hochzustellen, um Verletzungen zu verhindern, nachdem der Patient in der Nacht zuvor die Bettgitter schwer beschädigt hatte. Man hatte stattdessen eine Matratze vor das Bett gelegt. Im rechtsmedizinischen Gutachten stellte man als Todesursache einen Erstickungsprozess im Sinne einer positionsbezogenen Asphyxie fest. Ein Altenpflegehelfer habe den Bauchgurt zu locker angelegt und die Seitenbefestigungen nicht fixiert. Außerdem warfen die rechtsmedizinischen Gutachter der Stationsleitung vor, dass diese den Altenpflegehelfer angewiesen habe, das Bettgitter unten zu lassen. Neben einer straffen Bauchgurtfixierung und Anlage der Seitenbefestigungen sei ein durchgehendes hochgestelltes Bettgitter zur Verhinderung eines Unfalles bei der Fixierung des Patienten und zur Vermeidung einer Strangulation erforderlich gewesen. Zudem hätte eine ununterbrochene Überwachung stattfinden müssen. Es wurde festgehalten, dass die Kausalität zwischen dem Todeseintritt und einer fehlerhaften Bauchgurtanlage gegeben sei. Ein hochgezogenes Bettgitter hätte dagegen nicht zwingend den Tod verhindert.

Beurteilung: Ein Verstoß gegen die Regeln der pflegerischen Kunst lag laut Rechtsmedizin vor. Eine Kausalität für den negativen Erfolg war gegeben.

Ausgang des Verfahrens/Strafmaß: Der Altenpflegehelfer wurde der fahrlässigen Tötung für schuldig befunden und zu einer Geldstrafe von 90 Tagessätzen zu je 20 Euro verurteilt. Strafmildernd fiel ins Gewicht, dass der Angeklagte den Vorfall aufrichtig bedauerte und den Sachverhalt in vollem Umfang einräumte. Zudem sei er als Auszubildender im zweiten Lehrjahr mit der Situation überfordert gewesen und nicht allein verantwortlich für den negativen Erfolg. Ein hochgestelltes Bettgitter, was auf Anordnung der Pflegedienstleitung jedoch nicht angebracht worden war, hätte den Todeseintritt zwar nicht sicher verhindern können, aber das Risiko zumindest vermindert. Schließlich sei der Angeklagte auch nur unzureichend angelernt worden. Angewandte Vorschrift: § 222 StGB.

Fall 27:

Anzahl der Patienten:	1 Patient, 90 Jahre alt
Anzahl der Beschuldigten:	1 Wohnbereichsleiter, 55 Jahre alt; 1 Pflegedienstleiterin, 48 Jahre alt; 1 Altenpfleger, 37 Jahre alt; 1 Pflegehelfer, 29 Jahre alt
Fachrichtung:	nicht-ärztliches medizinisches Personal
Sachverhalt:	fahrlässige Tötung
Fallgruppe des Fehlverhaltens:	unzureichende Überwachung Organisationsmängel

Insgesamt 1 rechtsmedizinisches Gutachten. Keine vorliegenden oder empfohlenen Fachgutachten.

Darstellung: Bei einem Bewohner eines Altenheims war die Befähigung selbständig zu essen vermindert, weshalb ihm die Nahrung meist zugeführt werden musste. Das Frühstück konnte er tagesformabhängig noch selbst zu sich nehmen, allerdings neigte er dazu zu schnell und zu viel auf einmal zu essen, so dass die Gefahr einer Aspiration bestand. Am Tag des Vorfalls erstickte der Bewohner nach Reichen des Frühstücks durch Aspiration von Speisebrei, nachdem ihm seine Unterkieferprothese in den Rachenraum gerutscht war. Die rechtsmedizinischen Gutachter stellten fest, dass bereits seit längerer Zeit die Zähne im Unterkiefer gefehlt hätten, die die Prothese im Mund hätten halten sollen. Die Prothese sei also ohne Halt im Unterkiefer gelegen. Ein Altenpfleger sagte aus, dass es keine konkrete Anordnung gegeben habe, die Unterkieferprothese nicht mehr einzusetzen. Die Gutachter der Rechtsmedizin hielten fest, dass der Geschädigte die Mahlzeiten zumindest nicht unbeaufsichtigt hätte einnehmen dürfen, da nicht nur die Gefahr einer Prothesenverlagerung bestanden habe, sondern der Bewohner auch unabhängig von der in der Mundhöhle nicht verankerten Zahnprothese hätte aspirieren und ersticken können. Zudem hätte die Unterkieferprothese, die nicht befestigt werden konnte, erst gar nicht täglich eingesetzt werden dürfen. Ohne den Verstoß gegen die pflegerische Sorgfalt wäre der Patient nicht verstorben.

Beurteilung: Ein Verstoß gegen die Regeln der pflegerischen Kunst lag laut Rechtsmedizin vor. Eine Kausalität für den negativen Erfolg war gegeben. Ein Schuldiger wurde nicht konkret genannt.

Ausgang des Verfahrens/Strafmaß: Einstellung gemäß § 170 Abs. 2 StPO. Das Gericht konnte den Beschuldigten nicht mit der für eine Verurteilung erforderlichen Sicherheit nachweisen, in kausaler Weise für den Tod des Geschädigten ursächlich gewesen zu sein. Bei dem beschuldigten Wohnbereichsleiter und der beschuldigten Pflegedienstleiterin konnte der Nachweis nicht erbracht werden, dass sie Kenntnis davon hatten oder haben mussten, dass die Unterkieferprothese nicht mehr ordnungsgemäß befestigt werden konnte. Bei dem Altenpfleger und dem Pflegehelfer konnte nicht bestimmt werden, wem der Tod des Geschädigten strafrechtlich anzulasten sei. Unklar war, wann die Unterkieferprothese eingesetzt wurde bzw., ob sie seit dem Vorabend im Mund verblieben war. Zu Gunsten des Pflegehelfers musste angenommen werden, dass er sie am Vorabend aus dem Mund entnommen hatte. Zu Gunsten des Altenpflegers musste für möglich gehalten werden, dass der Pflegehelfer die

Prothese nicht entnommen und der verstorbene Bewohner diese bereits am nächsten Morgen verschluckt hatte.

Fall 28:

Anzahl der Patienten:	1 Patientin, 93 Jahre alt
Anzahl der Beschuldigten:	1 Altenpflegerin, 59 Jahre alt; 1 Altenpfleger, 52 Jahre alt
Fachrichtung:	nicht-ärztliches medizinisches Personal
Sachverhalt:	fahrlässige Körperverletzung
Fallgruppe des Fehlverhaltens:	unterlassene Hilfeleistung Versäumnis einen Arzt einzuschalten

Insgesamt 1 rechtsmedizinisches Gutachten. Keine vorliegenden oder empfohlenen Fachgutachten.

Darstellung: Eine Bewohnerin eines Altenheims sackte in ihrem Zimmer zusammen. Vom Pflegepersonal wurde ein Rettungsteam angefordert, aber keine Erste Hilfe geleistet. Die Geschädigte starb infolge einer chronischen Herzinsuffizienz an einem Herzpumpversagen. Das rechtsmedizinische Gutachten warf dem Pflegepersonal vor, dass es, nachdem eine Kreislauf- und Atemtätigkeit nicht mehr festzustellen war, lediglich abgewartet habe, bis die Rettungskräfte eintrafen. Eine Reanimation sei stattdessen sinnvoller und angezeigt gewesen. Allerdings könne nicht gesagt werden, dass die Patientin bei frühzeitiger suffizienter Reanimation mit Sicherheit länger überlebt hätte. Bei der Überprüfung der Pflegedokumentation fielen den Gutachtern zudem Lücken in der Medikamentenverabreichung und bei den Pflegemaßnahmen auf. So habe die Bewohnerin über Atemnot geklagt und dem Pflegepersonal sei eine Schwellung der Beine der Patientin durch Wassereinlagerung aufgefallen. Hier wären laut Gutachten die Benachrichtigung eines Arztes und ein medikamentöses Gegensteuern notwendig gewesen. Die bei der Sektion festgestellten Pleuraergüsse würden die beschriebene Atemnot erklären. Eine rechtzeitige ärztliche Behandlung hätte zumindest die Symptome der Atemnot lindern können. Ein längeres Überleben dadurch sei aber nicht sicher.

Beurteilung: Ein Verstoß gegen die Regeln der pflegerischen Kunst lag laut Rechtsmedizin sowohl bei der unterlassenen Reanimation als auch beim Versäumnis einen Arzt zu benachrichtigen vor. Die Kausalität für den Schaden der Patientin konnte aber nur für letzteren Verstoß geführt werden.

Ausgang des Verfahrens/Strafmaß: Das Verfahren gegen die Altenpflegerin, die einen Arzt hätte benachrichtigen müssen, wurde letztlich gemäß § 153 a StPO gegen Auflage einer Zah-

lung in Höhe von 180 Euro eingestellt. Strafmildernd wirkte sich das bislang untadelige Verhalten der Angeklagten aus. Die Angeklagte verstarb vor Abschluss des Verfahrens. Auch das Verfahren gegen den Altenpfleger, der die Reanimation unterlassen hatte, wurde nach § 153 StPO eingestellt. Ein kausaler Zusammenhang sei zwar für § 323 c StGB „Unterlassene Hilfeleistung“ nicht erforderlich, unter Berücksichtigung der Gesamtumstände und den tatsächlich durchgeführten Maßnahmen (Alarmierung von Rettungskräften, Blutdruckmessung, Pulsüberprüfung) erscheine die Schuld jedoch am untersten Ende der Strafwürdigkeit.

Fall 29:

Anzahl der Patienten:	1 Patientin, 82 Jahre alt
Anzahl der Beschuldigten:	1 Altenpflegerin, 53 Jahre alt; 1 Pflegepraktikantin, 42 Jahre alt
Fachrichtung:	nicht-ärztliches medizinisches Personal
Sachverhalt:	fahrlässige Tötung
Fallgruppe des Fehlverhaltens:	Fehler bei Anwendung und Kontrolle von Medizinprodukten unzureichende Überwachung mangelhafte Pflegedokumentation

Insgesamt 1 rechtsmedizinisches Gutachten. Keine vorliegenden oder empfohlenen Fachgutachten.

Darstellung: Nach Sturz aus dem Bett und starken Unruhezuständen wurden bei einer Bewohnerin eines Altenheims freiheitsentziehende Maßnahmen in Form eines Bettgitters und Gurtes beantragt und angewandt. Am Tag des Vorfalles wurde die Bewohnerin in ihrem Bett von einer Pflegepraktikantin mit einem Bauchgurt fixiert, das seitliche Bettgitter wurde jedoch nicht hochgezogen. Auch nach einer Kontrolle des Spätdienstes durch eine Altenpflegerin war das Bettgitter nicht hochgestellt. In der Nacht wurde die Geschädigte tot, seitlich neben dem Bett auf einer Matratze liegend, aufgefunden. Der Bauchgurt war verschlossen. Die Sektion erbrachte als Todesursache ein Atem- und Kreislaufversagen bei Kompression der Baueingeweide durch eine Hängelage im Bauchgurt, in Verbindung mit einer Hypostase des Blutes. Die examinierte Pflegekraft wurde für diesen Vorfall entlassen, die Praktikantin nicht. Die rechtsmedizinische Begutachtung stellte fest, dass die vom Hersteller vorgeschriebenen Seitenbefestigungen des Bauchgurtes gefehlt hätten. Die Seitenbefestigungen würden verhindern, dass sich die fixierte Person im Bett quer zur Körperachse drehen oder über den Bettrand rutschen könne. Die Seitenbefestigungen und ein hochgestelltes Bettgitter wären also erforderlich gewesen. Es bestehe ein Kausalzusammenhang zwischen fehler-

hafter Anwendung des Fixierungssystems und dem Todeseintritt. Außerdem müsse ein fixierter Pflegebedürftiger regelmäßiger überwacht werden als im gegenständlichen Fall. Da die Art und Dauer der durchgeführten freiheitsentziehenden Maßnahmen bei der Patientin im Vorfeld ihres Todes nicht dokumentiert worden sei, sei zudem von einem Dokumentationsfehler auszugehen.

Beurteilung: Ein Verstoß gegen die Regeln der pflegerischen Kunst lag laut Rechtsmedizin vor. Eine Kausalität für den negativen Erfolg war gegeben.

Ausgang des Verfahrens/Strafmaß: Unbekannt. Die Gerichtsakte konnte von der Staatsanwaltschaft nicht zur Verfügung gestellt werden.

6. Diskussion

6.1. Entwicklung der Gutachtertätigkeit

Um einen Eindruck zum Verlauf der Gutachtertätigkeit wegen Verdacht auf Behandlungsfehler zu erhalten, sollen die ermittelten Daten zunächst allgemein und dann fachspezifisch dargestellt werden.

Aus den Ergebnissen der Dissertationen von Neumaier (1979), Spiro (1972), Eckhardt (1983) und Schratzenstaller (1994) lässt sich ableiten, dass sich die allgemeine Gutachtertätigkeit wegen behaupteter Behandlungsfehler seit den 1970er Jahren verändert hat. Wurden für die Zeitspanne 1950–1975 noch insgesamt 221 Gutachten zu Behandlungsfehlern gezählt (Neumaier 1979), so wurden allein in den 3 Jahren des Zeitraumes von 1976–1978 187 Gutachten angefertigt (Spiro 1982). Fast identische Zahlen ergaben sich für die Jahre 1979–1981 mit 188 Gutachten (Eckhardt 1983). 1990–1992 erhöhte sich die Zahl der Gutachten weiter auf 241 (Schratzenstaller 1994) (Tabelle 1a im Anhang). Anhand dieser Daten lässt sich ableiten, dass es in den 70er Jahren zu einem sprunghaften Anstieg der Gutachtertätigkeit gekommen war, welcher sich im Laufe der 80er und Anfang der 90er Jahre leicht fortsetzte. Die Zahl der Gutachten im Zeitraum von 2000–2007 in den Bereichen der Inneren Medizin, der Allgemeinmedizin und des nicht-ärztlichen medizinischen Personals zeigt in ihrer Gesamtheit, mit im Durchschnitt 31 Gutachten pro Jahr, keinen auffälligen Anstieg (Abb. 1 im Ergebnisteil und Tabelle 2A im Anhang). Herausragend ist das Jahr 2004 mit 40 Gutachten.

Für den Bereich der Inneren Medizin hat sich von den 50er Jahren bis zum Beginn der 90er Jahre folgender Verlauf gezeigt: Gab es zwischen 1950 und 1975 noch 35 Gutachten, waren es in den 3 Jahren von 1976–1978 schon 44 Beschuldigte. Von 1979–1981 war ein Rückgang auf 20 Beschuldigte festzustellen. Von 1990–1992 wurden wieder 49 Beschuldigte aus der Inneren Medizin gezählt (Tabelle 1a im Anhang). Im Durchschnitt waren von 1976–1981 ca. 11 Beschuldigte und von 1990–1992 ca. 16 Beschuldigte pro Jahr auszumachen. In den Jahren 2000–2007 setzte sich dieser Trend fort. Es ist nur noch ein leichter Anstieg auf ca. 17 Beschuldigte pro Jahr festzustellen. Im Untersuchungszeitraum von 2000–2007 blieben die Fallzahlen auch weitestgehend konstant, mit einem Gipfel in den Jahren 2003 und 2004 mit 25 bzw. 23 Beschuldigten pro Jahr (Abb. 4 im Ergebnisteil und Tabelle 3a im Anhang).

Insgesamt betrachtet ist die Innere Medizin häufiger von Behandlungsfehlervorwürfen betroffen als viele andere Fachgebiete. An Dissertationen aus der Rechtsmedizin München lässt sich

erkennen, dass der Anteil der internistischen Fälle in den Jahren 1950–1992 zwischen 9% und 18% betrug. Die Innere Medizin stellte damit hinter der Chirurgie und der Allgemeinmedizin die am dritthäufigsten von Behandlungsfehlervorwürfen betroffene Fachrichtung (Schratzentaller 1994). In einer Multicenterstudie aus dem Jahr 2005, in der ärztliche Behandlungsfehler aller Fachrichtungen Gegenstand der Untersuchung waren, war die Innere Medizin mit knapp 16% aller Fälle hinter der Chirurgie gar die am zweithäufigsten von Behandlungsfehlervorwürfen betroffene Fachrichtung (Preuß et al. 2005).

Im Bereich der Allgemeinmedizin gab es am Institut für Rechtsmedizin München in den Jahren 1976–1992 zwischen 12 und 13 Beschuldigte pro Jahr. Von 1950–1975 waren noch zwischen 1 und 2 Beschuldigte pro Jahr zu verzeichnen. Anfang der 90er stieg die Zahl der Beschuldigten auf ca. 15 pro Jahr. Im Untersuchungszeitraum von 2000–2007 sank diese Zahl wieder auf ca. 11 Beschuldigte pro Jahr. Insgesamt blieben die Fallzahlen in diesem Untersuchungszeitraum auch weitestgehend konstant. Am meisten Beschuldigte waren hier im Jahr 2004 mit 16 Personen auszumachen (Abb. 4 im Ergebnisteil und Tabelle 3a im Anhang).

Beim Vergleich der Daten mit früheren Dissertationen am Institut für Rechtsmedizin München lässt sich feststellen, dass der Anteil der allgemeinmedizinischen Fälle in den Jahren 1950–1992 zwischen 11% und 20% betrug. Damit stellte die Allgemeinmedizin hinter der Chirurgie die am zweithäufigsten von Behandlungsfehlervorwürfen betroffene Fachrichtung. In einer Zusammenstellung 12 rechtsmedizinischer Untersuchungen von 1973–2005 war die Allgemeinmedizin nach der Chirurgie, Inneren Medizin und Gynäkologie die am vierthäufigsten von Behandlungsfehlervorwürfen betroffene Fachrichtung (Dettmeyer 2006).

Im Fachbereich des nicht-ärztlichen medizinischen Personals konnte von 1950–1975 weniger als 1 Beschuldigter pro Jahr verzeichnet werden. Zwischen 1976 und 1992 erhöhte sich die Zahl der Beschuldigten auf 8 bis 9 pro Jahr. Auffallend ist, dass zwischen 1976 und 1978 fast 11 Beschuldigte pro Jahr festzustellen waren, während sich die Zahl der Beschuldigten bis Anfang der 90er Jahre auf knapp 8 pro Jahr einpendelte. Im Untersuchungszeitraum von 2000–2007 stieg die Zahl der Beschuldigten pro Jahr auf über 12 an. Zudem ist zu bemerken, dass sich ab dem Jahr 2005 diese Zahlen weiter erhöhten. Die Zahl der Beschuldigten lag nun zwischen 18 und 19 pro Jahr. Dieser Anstieg wurde vor allem durch eine deutliche Zunahme des Verdachts der fahrlässigen Tötung seit 2005 hervorgerufen (Abb. 3 im Ergebnisteil und Tabelle 2a im Anhang). Damit stellt das nicht-ärztliche medizinische Personal, im Zeitabschnitt von 2000–2007, den Bereich mit den zweithäufigsten Beschuldigten. Am meisten

Beschuldigte gibt es in der Inneren Medizin. Die Allgemeinmedizin folgt auf Platz 3 (Tabelle 6A im Anhang).

In früheren Dissertationen am Institut für Rechtsmedizin München betrug der Anteil der Fälle des nicht-ärztlichen medizinischen Personals noch zwischen 4% und 12% und war damit hinter der Chirurgie, der Allgemeinmedizin, der Inneren Medizin und der Gynäkologie die Fachgruppe mit den am fünfthäufigsten vom Verdacht eines Behandlungsfehlers betroffenen Personen (Tabelle 1a im Anhang).

Der Bereich des nicht-ärztlichen medizinischen Personals stellte sich in den Gutachten als Querschnittsfach dar. Die Abgrenzung zu den Tätigkeitsfeldern und Verantwortungsbereichen war häufig nicht eindeutig.

Nicht überraschend zeigte sich, dass bei der Entstehung von Fehlern häufig Ärzte eingebunden waren. Die am häufigsten beteiligten Fachdisziplinen waren die Allgemeinmedizin und die Innere Medizin. Personen anderer Fachrichtungen waren weitaus weniger zusammen vom Verdacht eines Behandlungsfehlers betroffen (Tabelle 7A im Anhang). Ein ähnliches Bild zeigt sich bei Betrachtung der Mitbeschuldigten; also den Beschuldigten, die zusammen mit einem anderen Beschuldigten im Verdacht standen einen Behandlungsfehler begangen zu haben. Nicht-ärztliches medizinisches Personal und Internisten (Spezialisten eingeschlossen) wiesen mit 32,3% den gleichen Prozentsatz an Mitbeschuldigten auf. Bei Allgemeinmedizinern gab es nur 12,5% Mitbeschuldigte (Tabelle 6A im Anhang).

Bei Gutachtenerstellung lagen den rechtsmedizinischen Gutachtern in 12 Fällen insgesamt 17 Zusatzgutachten vor. 5 Zusatzgutachten wurden von einem anderen rechtsmedizinischen Institut erstellt. Die Gruppe der Rechtsmediziner bildet damit die Fachrichtung, die die meisten Zusatzgutachten verfasst hat. Die Mehrzahl der Zusatzgutachten lagen vor in den Fällen der Inneren Medizin, gefolgt von denen der Allgemeinmedizin. Nur wenig Zusatzgutachten gab es bei den Fällen des nicht-ärztlichen medizinischen Personals. Mit zunehmender Spezialisierung, der von Behandlungsfehlervorwürfen betroffenen Fachrichtung, nimmt erwartungsgemäß auch die Zahl der vorliegenden Zusatzgutachten zu (Tabelle 4A im Anhang).

Je komplexer die Tätigkeit eines Beschuldigten war, desto häufiger wurden von den rechtsmedizinischen Gutachtern nach Gutachtenerstellung auch Fachgutachten empfohlen. So wurden im Bereich der Inneren Medizin 6, der Allgemeinmedizin 4 und des nicht-ärztlichen medizinischen Personals überhaupt keine weiteren Fachgutachten vorgeschlagen (Tabelle 5A im Anhang).

Ein Verfahren dauerte vom ersten Vorfall eines unerwünschten Ereignisses bis zum Abschluss im Mittel 641 Tage (Tabelle 8A im Anhang). Das Zeitintervall vom ersten Vorfall eines unerwünschten Ereignisses bis zum Erstkontakt mit der Rechtsmedizin verlängerte sich ohne Sektion um ca. das 9-fache (Tabelle 9A im Anhang). Seehafer kam in seiner Untersuchung zu einem ähnlichen Ergebnis. Die durchschnittliche Gesamtdauer der Prozesse in seiner Arbeit betrug 20,7 Monate (Seehafer 1991). Allerdings bleibt bei der Zeitdauer seiner Untersuchung das Zeitintervall zwischen streitauslösendem Ereignis und Beginn des Prozesses bzw. Verfahrens unberücksichtigt. Eine andere Untersuchung bei Staatsanwaltschaften hat ergeben, dass, wenn zwischen Verfahrenseinleitung und Verfahrenseinstellung ein längerer Zeitraum lag, dies oft damit zusammenhing, dass die Fachärzte, die mit entsprechenden Gutachten beauftragt wurden, dafür überdurchschnittlich lange Zeit benötigten (Lilie 2008).

Bei der Geschlechterverteilung der Patienten liegt der Anteil der weiblichen Patienten mit 62,0% etwas über dem der männlichen Patienten (Tabelle 43A im Anhang). Das Alter der betroffenen Patienten zeigt bei den über 50-jährigen einen sprunghaften Anstieg mit Höchstwerten bei den 81–90-jährigen (Tabelle 19A im Anhang). Verantwortlich zu machen sind hierfür vor allem die weiblichen Patienten, die ab dem 66. Lebensjahr deutlich häufiger von möglichen Behandlungsfehlern betroffen sind als Männer (Abb. 12 im Ergebnisteil und Tabelle 42A im Anhang). In der Multicenterstudie aus dem Jahr 2005 war das Verhältnis von männlichen und weiblichen Patienten in etwa ausgeglichen. Der Altersgipfel der Patienten lag bei den 61–80-jährigen (Preuß et al. 2005). Man erkennt, dass die Altersstruktur der betroffenen Patienten bei den Beschuldigten aus den Bereichen der Inneren Medizin, der Allgemeinmedizin und des nicht-ärztlichen medizinischen Personals höher liegt als bei der o.a. Multicenterstudie, die alle medizinischen Fachgebiete zum Inhalt hatte. Damit zusammenhängend ist in der vorliegenden Arbeit auch ein höherer Anteil an weiblichen Patienten festzustellen. Den mit 70,0% größten Anteil an weiblichen Patienten haben in dieser Arbeit die Patienten der Beschuldigten aus dem Fachbereich des nicht-ärztlichen medizinischen Personals (Tabelle 44A im Anhang). Entsprechend der höheren Lebenserwartung von Frauen gegenüber Männern überwiegen in dieser Arbeit die weiblichen Patienten in den höheren Altersklassen, beginnend bei den 66-jährigen und erklären somit auch die ins höhere Lebensalter verschobene Altersstruktur in der vorliegenden Arbeit. Dementsprechend finden sich insbesondere in Alten-/Pflegeheimen auch mehr ältere Frauen als Männer.

2,4% der Fälle betreffen ein zivilrechtliches und 97,6% ein strafrechtliches Verfahren (Tabelle 48A im Anhang). Die klare Dominanz der strafrechtlichen Fälle lässt sich mit der

Herkunft des Datenmaterials begründen. Der Schwerpunkt rechtsmedizinischer Behandlungsfehlerbegutachtung liegt im strafrechtlichen Ermittlungsverfahren. Eine Aussage zur Entwicklung zivilrechtlicher Verfahren lässt sich mit dieser Arbeit also nicht machen. Dafür finden sich unter den wenigen zivilrechtlichen Fällen verhältnismäßig viele bejahte Behandlungsfehler. In 3 von 6 Fällen konnte ein solcher Fehler festgestellt werden. Zudem kann beobachtet werden, dass je höher die Spezialisierung einer Fachgruppe war, desto weniger konnten zivilrechtliche Fälle verzeichnet werden (jeweils 3 zivilrechtliche Fälle in den Fachbereichen des nicht-ärztlichen medizinischen Personals und der Allgemeinmedizin und keine zivilrechtlichen Fälle im Fachbereich der Inneren Medizin einschließlich ihrer Spezialisierungen) (Tabelle 7 im Ergebnisteil).

Insgesamt handelte es sich in 70,9% der Fälle um den Verdacht der fahrlässigen Tötung und in 25,9% der Fälle um den Verdacht der fahrlässigen Körperverletzung. In 3,2% der Fälle sollte sowohl auf fahrlässige Körperverletzung als auch auf fahrlässige Tötung geprüft werden. Bei den Verdachtsmomenten der fahrlässigen Körperverletzung ist seit 2004 eine leichte Zunahme zu verzeichnen (Tabelle 50A im Anhang). In den Jahren 1950–1975 betraf das Verdachtsmoment der fahrlässigen Körperverletzung nur 12% aller Verfahren (Neumaier 1979). Wie bereits in der Arbeit Schratzenstallers (1994) festgestellt wird, bedeutet das, dass die vermehrte Gutachtertätigkeit seit 1950 zumindest teilweise auf einen Anstieg der Anzeigebereitschaft von Angehörigen und Patienten wegen des Verdachts der fahrlässigen Körperverletzung zurückzuführen ist, da Strafverfahren wegen fahrlässiger Körperverletzung hauptsächlich auf Anzeigen hin eingeleitet werden.

In der Allgemeinmedizin hat sich der prozentuale Anteil der Verdachtsmomente der fahrlässigen Körperverletzung und fahrlässigen Tötung im Vergleich zu den 1990er Jahren kaum geändert.

Die Innere Medizin hat im Zeitraum von 2000–2007 mit 78,8% den größten Anteil an den Verdachtsmomenten der fahrlässigen Tötung. Damit hat sich das Verhältnis der zu beurteilenden Sachverhalte im Vergleich zu Anfang der 1990er Jahre leicht in Richtung fahrlässige Tötung verschoben. Im Zeitabschnitt von 1990–1992 hatte das Verdachtsmoment der fahrlässigen Tötung noch einen Anteil von 68,8% (Tabelle 5a im Anhang).

Beim nicht-ärztlichen medizinischen Personal hat sich das Verhältnis der zu beurteilenden Sachverhalte im Vergleich zu Anfang der 1990er Jahre analog zur Inneren Medizin ebenfalls leicht in Richtung fahrlässige Tötung verschoben. Das Verdachtsmoment der fahrlässigen

Tötung hat sich von 56,5% auf 60,2% erhöht (Tabelle 2a im Anhang). Der Anteil der Verdachtsmomente der fahrlässigen Körperverletzung ist bei den Fällen des nicht-ärztlichen medizinischen Personals größer als bei den Fällen der Internisten und Allgemeinmediziner.

Zusammenfassend nimmt mit zunehmender Berufsspezialisierung auch der Verdacht der fahrlässigen Tötung bei den Beschuldigten zu. Dies wird besonders deutlich bei Betrachtung der Spezialisten in der Inneren Medizin. Der Verdacht der fahrlässigen Tötung richtet sich gegen alle 15 betroffenen Gastroenterologen, 9 von 10 Kardiologen, 1 von 2 Angiologen und Pneumologen, sowie den 1 betroffenen Nephrologen (Tabelle 52A im Anhang).

In allen Fachbereichen überwogen die Verdachtsmomente der fahrlässigen Tötung deutlich. Kausale Behandlungsfehler wurden dagegen häufiger festgestellt, wenn das Verdachtsmoment der fahrlässigen Körperverletzung zu beurteilen war. Wenn der Anfangsverdacht auf fahrlässige Körperverletzung lautete, konnte in 23,5% der Fälle ein kausaler Behandlungsfehler erkannt werden. War dagegen eine fahrlässige Tötung zu beurteilen, fand sich nur in 7,5% der Fälle ein kausaler Behandlungsfehler. Dies dürfte der Tatsache geschuldet sein, dass eine fahrlässige Körperverletzung leichter nachzuweisen ist als eine fahrlässige Tötung, bei der eine lückenlose Kausalkette vom Wirken des Beschuldigten bis zum Exitus letalis des Patienten ungleich schwieriger zu belegen ist. Bei Betrachtung der einzelnen Fachrichtungen zeigt sich, dass die kausalen Behandlungsfehler beim Verdacht der fahrlässigen Körperverletzung von den Internisten (16,0%) über die Allgemeinmediziner (25,0%) bis hin zum nicht-ärztlichen medizinischen Personal (27,8%) zunehmen (Tabelle 53A im Anhang).

6.2. Den Gutachten vorgeschaltete Sektionen und deren Bedeutung für den Fortgang des Verfahrens

Bei 61,5% der 247 Erstgutachten wurde im Ermittlungsverfahren eine Sektion durchgeführt. Je höher bei den Beschuldigten die Spezialisierung des Tätigkeitsbereiches war, desto häufiger ging den Gutachten eine Sektion voraus. Im Ermittlungsverfahren waren bei 90,0% der betroffenen Kardiologen sowie bei 86,7% der betroffenen Gastroenterologen Sektionen zu verzeichnen. Dagegen lag der Prozentsatz der im Zuge des Ermittlungsverfahrens durchgeführten Sektionen bei den Beschuldigten des nicht-ärztlichen medizinischen Personals nur bei 41,8%. Die Erklärung hierfür dürfte hauptsächlich sein, dass die Patienten in den Fällen dieser Gruppe oft nicht verstorben sind, was sich auch daran ablesen lässt, dass der Anteil der Fälle mit dem Verdacht der fahrlässigen Körperverletzung in dieser Gruppe am höchsten ist. Der Anteil der im Zuge des Ermittlungsverfahrens durchgeführten Sektionen lag bei den

Fällen der betroffenen Internisten und Allgemeinmediziner mit 67,1% bzw. 66,2% nahezu gleichauf (Tabelle 12A im Anhang).

Bei den 75 Gutachten, die zu internistischen Fällen angefertigt wurden und denen eine Sektion vorausgegangen war, konnten 3 (4,0%) kausale Behandlungsfehler festgestellt werden. Bei den 31 Gutachten zu internistischen Fällen, denen keine Sektion zugrunde lag, wurden 4 (12,9%) kausale Behandlungsfehler festgestellt. Waren den rechtsmedizinischen Gutachten, die zu allgemeinmedizinischen Fällen erstellt worden waren, Sektionen vorausgegangen, konnten in 4 von 49 Fällen (8,1%) kausale Behandlungsfehler festgestellt werden. In den 25 allgemeinmedizinischen Fällen, denen keine Sektion zugrunde lag, wurden 4 (16,0%) kausale Behandlungsfehler ausgemacht. Bei den 28 Fällen aus dem Fachbereich des nicht-ärztlichen medizinischen Personals, mit vorangegangener Sektion, wurden 8 (ca. 28,6%) kausale Behandlungsfehler registriert. Bei den 39 Fällen aus dem Fachbereich des nicht-ärztlichen medizinischen Personals, ohne vorangegangene Sektion, konnte nur in 5 Fällen (12,8%) ein kausaler Behandlungsfehler aufgedeckt werden (Tabelle 13A im Anhang).

Wie auch Studien belegen, ist in diesem Zusammenhang zu erwähnen, dass oft deutliche Diskrepanzen zwischen klinischer und bei Sektion festgestellter Diagnose bestehen. Gerade vor dem Hintergrund der auch in dieser Arbeit häufig festgestellten Diagnosefehler scheinen Sektionen wichtig im Sinne der Qualitätskontrolle (Eisenmenger 2001).

Das Verdachtsmoment der fahrlässigen Tötung war, wie zu erwarten, über alle Fachrichtungen hinweg mit deutlich mehr Sektionen verbunden als das Verdachtsmoment der fahrlässigen Körperverletzung; am häufigsten bei den internistischen Fällen, bei denen das Verdachtsmoment der fahrlässigen Tötung in 84,7% der Fälle mit einer Sektion einherging. Beim Verdacht der fahrlässigen Körperverletzung gab es dagegen nur in 5,9% der Fälle eine Sektion. Am wenigsten ging der Verdacht der fahrlässigen Tötung in 61,1% der Fälle des nicht-ärztlichen medizinischen Personals mit einer Sektion einher. Beim Verdacht der fahrlässigen Körperverletzung findet sich in den allgemeinmedizinischen Fällen mit 26,3% am häufigsten eine Sektion (Tabelle 13A im Anhang).

6.3. Alter und Geschlecht der Adressaten des Behandlungsfehlervorwurfs

Der größte Anteil der vom Verdacht eines Behandlungsfehlers betroffenen Personen findet sich in der Altersgruppe der 51–60-jährigen und bei den 41–45-jährigen. Ab einem Alter von 61 Jahren lassen sich nur noch wenige Beschuldigte feststellen.

Das gemittelte Lebensalter ist mit 45 Jahren bei den Beschuldigten der Inneren Medizin und mit 43 Jahren bei den Beschuldigten des nicht-ärztlichen medizinischen Personals nahezu identisch. Mit 56 Jahren liegt das gemittelte Alter der betroffenen Allgemeinmediziner deutlich höher (Tabelle 19A und 21A im Anhang). Dies dürfte auch dem Altersdurchschnitt der Ärzte in den beiden Fachrichtungen entsprechen und die Tatsache widerspiegeln, dass Allgemeinmediziner im Schnitt deutlich älter sind als Internisten und Personen des nicht-ärztlichen medizinischen Personals. Der größte Anteil der stationär tätigen Internisten findet sich bei den 40–49-jährigen. Die größte Gruppe der niedergelassenen Allgemeinmediziner stellen die 50–59-jährigen (BÄK 2008).

Die meisten von Behandlungsfehlervorwürfen betroffenen Internisten, deren Alter aus der Aktenlage ersichtlich war, finden sich mit jeweils 36,8% in den Altersgruppen der 30–40- und 41–50-jährigen. Bejahte Behandlungsfehler wurden allerdings am häufigsten in der Gruppe der 51–60-jährigen festgestellt. Eines Behandlungsfehlers, der auch kausal für den Schaden des Patienten war, wurden 2 Beschuldigte aus der Altersgruppe der 51–60-jährigen und 1 Beschuldigte aus der Altersgruppe der 30–40-jährigen überführt. Das Gericht sprach hier einen Internisten in der Gruppe der 51–60-jährigen schuldig. Da das Alter der 137 betroffenen Internisten nur in 13,9% der Fälle zu ermitteln war, sind diese Ergebnisse allerdings nur eingeschränkt aussagekräftig (Tabelle 25A und 26A im Anhang).

66,7% der betroffenen Allgemeinmediziner, deren Alter aus der Aktenlage ersichtlich war, sind zwischen 51 und 60 Jahre alt. Bei 12 von 16 Beschuldigten dieser Gruppe wurde der Behandlungsfehler auch bejaht. Behandlungsfehler, die auch ursächlich für den Schaden des Patienten waren, konnten bei 6 Beschuldigten dieser Altersgruppe und bei 2 Beschuldigten zwischen 41 und 50 Jahren festgestellt werden. Von den Gerichten wurden jeweils 2 Angeklagte in den Altersgruppen der 41–50-jährigen und der 51–60-jährigen schuldig gesprochen. Auch hier war das Alter von nur 24 der 86 Beschuldigten aus der Aktenlage zu erschließen (Tabelle 23A und 24A im Anhang).

In der Gruppe des nicht-ärztlichen medizinischen Personals verteilen sich die Beschuldigten nahezu gleichmäßig auf die Altersgruppen zwischen 31 und 60 Jahren. Nur wenig Beschul-

digte finden sich bei den 20–30-jährigen. Überhaupt kein Beschuldigter ist bei den über 60-jährigen auszumachen. Bejahte Behandlungsfehler gab es prozentual am meisten in der Altersgruppe zwischen 51 und 60 Jahren (90,0%). Hier lassen sich auch die meisten kausalen Behandlungsfehler finden. 50,0% der von Behandlungsfehlervorwürfen betroffenen 31–40-jährigen wurden ebenfalls eines kausalen Behandlungsfehlers überführt. Von den Gerichten schuldig gesprochen wurden hier 4 Angeklagte in der Altersgruppe zwischen 51 und 60 Jahren sowie jeweils 1 Angeklagter der 31–40-jährigen und 41–50-jährigen. Das Alter war von nur 32 der 98 Beschuldigten zu ermitteln (Tabelle 27A und 28A im Anhang).

Insgesamt gesehen sind vor allem bei den Internisten und beim nicht-ärztlichen medizinischen Personal zwar auch viele Beschuldigte in der Altersgruppe ab 30 Jahren vom Verdacht eines Behandlungsfehlers betroffen, bejahte Behandlungsfehler lassen sich in dieser Arbeit bei Ärzten und Personen des nicht-ärztlichen medizinischen Personals mit jüngerem Alter prozentual betrachtet allerdings nicht häufiger feststellen als bei den Beschuldigten mit höherem Alter. Im Gegenteil, über alle Fachbereiche hinweg lassen sich prozentual betrachtet die meisten bejahten Behandlungsfehler bei den Beschuldigten in der Altersgruppe zwischen 51 und 60 Jahren finden.

Die Beschuldigten aus den Fachbereichen der Inneren Medizin, der Allgemeinmedizin und des nicht-ärztlichen medizinischen Personals sind mit 70,9% überwiegend männlich. In der Inneren Medizin beträgt der Anteil der männlichen Beschuldigten sogar 83,9%, in der Allgemeinmedizin 82,7%. Naturgemäß überwiegt beim nicht-ärztlichen medizinischen Personal, das hauptsächlich aus Pflegekräften besteht, der Anteil der weiblichen Beschuldigten mit 60,8%. Dennoch ist auffallend, dass, in diesen durch Frauen dominierten Berufen, 39,2% der Beschuldigten Männer sind (Tabelle 4 im Ergebnisteil). Laut Pflegestatistik 2011 des Statistischen Bundesamtes beträgt in der ambulanten Pflege der Männeranteil bei den Pflegekräften zwölf Prozent, im stationären Bereich sind es gerade mal drei Prozent mehr (Statistisches Bundesamt 2013). Zu berücksichtigen ist allerdings, dass nicht in allen Fällen das Geschlecht der Beschuldigten aus der Aktenlage zu ermitteln war und die Ergebnisse deshalb unter Vorbehalt zu betrachten sind (Tabelle 22A im Anhang).

Laut Ärztestatistik der Bundesärztekammer von 2008 waren im Jahr 2007 von knapp 43.000 Allgemeinmedizinern gut 17.000 weiblich. In Bayern waren von insgesamt 7002 Allgemeinmedizinern/praktischen Ärzten 2.225 weiblich (Bayerische Landesärztekammer 2008). In der vorliegenden Arbeit sind aber 82,7% Männer von Behandlungsfehlervorwürfen betroffen. Bejahte Behandlungsfehler konnten dagegen mit jeweils ca. 46% bei Frauen und Männern

gleich häufig festgestellt werden. Beim Anteil der kausalen Behandlungsfehler liegen die Frauen mit 15,4% sogar leicht vor den Männern mit 12,9% (Tabelle 29A im Anhang). Zu einer Verurteilung kam es bei beiden Frauen und bei 5 von 8 männlichen Angeklagten, die von der Rechtsmedizin eines kausalen Behandlungsfehlers überführt worden waren (Tabelle 32A im Anhang). Männer sind in dieser Arbeit also deutlich häufiger von Behandlungsfehlervorwürfen betroffen, was wohl zum Teil mit oft stärkerer Empathie von Frauen und damit engerer Bindung zwischen Ärztinnen und Patienten und deren Angehörigen zu erklären ist.

Bei den Internisten, hier hauptsächlich aus im Krankenhaus tätigen Ärzten bestehend, ist das Phänomen der überproportional von Behandlungsfehlervorwürfen betroffenen Männer, im Vergleich mit den Allgemeinmediziner, nicht ganz so deutlich zu beobachten. Möglicherweise ist die Bindung des Patienten zum Arzt im Krankenhaus, auch durch immer kürzere Liegezeiten bedingt, nicht ganz so groß wie zum Hausarzt. Laut Ärztestatistik der BÄK von 2008 waren im Jahr 2007 von knapp 41.000 Internisten 11.500 (28%) weiblich. Der Anteil der weiblichen Beschuldigten liegt in dieser Arbeit bei 16,1%. Bejahte Behandlungsfehler wurden dagegen bei 44,4% der weiblichen und bei 34,0% der männlichen Beschuldigten festgestellt. Kausale Behandlungsfehler konnten jedoch bei 21,3% der männlichen und bei keiner der 9 weiblichen Beschuldigten verzeichnet werden (Tabelle 30A im Anhang). Vom Gericht wurde nur einer der Beschuldigten verurteilt. Viermal kam es zu einer Einstellung gegen Auflage (Tabelle 33A im Anhang).

Auch bei den Beschuldigten des nicht-ärztlichen medizinischen Personals lassen sich überproportional viel männliche Beschuldigte feststellen. Bejahte Behandlungsfehler halten sich dagegen in etwa die Waage mit leichter Tendenz zu Ungunsten der Männer. Bei 60,0% der männlichen und 54,8% der weiblichen Beschuldigten wurden Behandlungsfehler festgestellt. Fehler, die kausal für den Schaden des Patienten waren, wurden bei 35,0% der Männer und bei 29,0% der Frauen ermittelt (Tabelle 31A im Anhang). Von den Gerichten wurden Männer und Frauen in etwa zu gleichen Teilen verurteilt (Tabelle 34A im Anhang).

6.4. Beschäftigungsverhältnis

Fasst man das Beschäftigungsverhältnis aller Beschuldigten zusammen, so sind ein Drittel niedergelassen und zwei Drittel angestellt (Abb. 5A im Anhang). Es ist hier seit 1950 kein Trend zu erkennen.

In der Inneren Medizin sind deutlich mehr angestellte (83,0%) als niedergelassene (17,0%) Ärzte vom Verdacht eines Behandlungsfehlers betroffen, was sich mit der Statistik der Bundesärztekammer von 2014 und der Statistik des MDK von 2014 deckt. Im Jahr 2013 befanden sich laut Bundesärztekammer drei Viertel und laut MDK zwei Drittel der vom Verdacht eines Behandlungsfehlers betroffenen Ärzte im Angestelltenverhältnis. Bei Spezialisierung der Tätigkeit des Arztes nimmt der Anteil der vom Verdacht eines Behandlungsfehlers betroffenen angestellten Ärzte noch weiter zu. So sind bei den Gastroenterologen 94,1% angestellt und bei den Kardiologen alle (Tabelle 35A im Anhang). Die Gründe dafür, dass mehr angestellte als niedergelassene Ärzte vom Verdacht eines Behandlungsfehlers betroffen sind, sind sicher vielfältig. Es soll hier nur darauf hingewiesen werden, dass einerseits im Krankenhaus meist komplexere Behandlungen und Untersuchungen als im niedergelassenen Bereich von Ärzten durchgeführt werden, die sich zum Großteil noch in der Facharztausbildung befinden. Andererseits ist das Vertrauensverhältnis zwischen niedergelassenen Ärzten und ihren Patienten zumeist deutlich stärker ausgeprägt als bei ihren im stationären Bereich tätigen Kollegen, was auch zu einer besseren Kommunikation und einer Reduzierung der Klagewilligkeit des Patienten und seiner Angehörigen führt (Crusius zit. nach Wulfert 2013). Auch den hohen Zeitdruck in Kliniken gilt es zu beachten.

Angestellte Internisten konnten auch öfter als niedergelassene Internisten eines Behandlungsfehlers überführt werden, der kausal für den Schaden des Patienten war. Bei den angestellten Internisten liegt diese Quote bei 8,9%, bei den niedergelassenen Internisten bei nur bei 5,6% (Tabelle 5 im Ergebnisteil).

Bei Betrachtung der Fachrichtungen aller betroffenen Krankenhausärzte fällt auf, dass Gastroenterologen mit ca. 11,9% und Kardiologen mit ca. 9,0% deutlich häufiger von Behandlungsfehlervorwürfen betroffen sind als Spezialisten der Nephrologie, Angiologie und Pneumologie. Da Kardiologen und Gastroenterologen allerdings mit 42% bzw. 17% auch den größten Anteil aller internistischen Fälle in der Inneren Medizin ausmachen, scheint das plausibel (Deutsche Gesellschaft für Innere Medizin 2011) (Tabelle 36A im Anhang).

Die meisten Beschuldigten des nicht-ärztlichen medizinischen Personals sind in Alten-/Pflegeheimen (65,3%) und im Krankenhaus (21,4%) angestellt. Es finden sich nur 3 Angestellte eines ambulanten Pflegedienstes, was lediglich einem Anteil von 3,1% aller Beschuldigten des nicht-ärztlichen medizinischen Personals entspricht. Dies könnte, neben der guten Arbeit der ambulanten Pflegedienste, auch für ein besonders gutes Vertrauensverhältnis zwischen

den Pflegedienst-Mitarbeitern und der zur betreuenden Familie sprechen (Tabelle 37A und 38A im Anhang).

6.5. Position der Adressaten des Behandlungsfehlervorwurfs

Sofern eine Position der Beschuldigten zu bestimmen war, finden sich am häufigsten Chefärzte, die von Behandlungsfehlervorwürfen betroffen waren. Behandlungsfehler ließen sich am ehesten feststellen, wenn Bereitschaftsärzte Adressaten des Behandlungsfehlervorwurfes waren (bei 83,3% der betroffenen Bereitschaftsärzte). Kausale Behandlungsfehler gab es am häufigsten in der Gruppe der Chefärzte (33,3%) und Arzthelferinnen (50,0%). Von Behandlungsfehlern frei gesprochen wurden am häufigsten Oberärzte und Assistenzärzte. Bei 80,0% bzw. 75,0% der Beschuldigten aus diesen beiden Gruppen konnte ein Behandlungsfehler nicht oder nicht sicher erkannt werden. Freilich ist diese Statistik aufgrund der geringen Fallzahlen nur bedingt aussagekräftig (Tabelle 39A im Anhang).

In der Literatur finden sich, bei Betrachtung aller Fachgebiete und sofern nur einer Person der Fehler angelastet wurde, am häufigsten Assistenzärzte, die für einen Fehler verantwortlich gemacht wurden. Weit dahinter folgen Chefarzt, Oberarzt und Belegarzt. Allerdings wurden die meisten Fehler im Team begangen (58%), mangelnde Teambeteiligung lag bei 22,6% und ein Fehlverhalten Einzelner bei 19,4% vor (Schmitz 2012).

6.6. Betroffene Krankenhäuser und Pflegeeinrichtungen

Die meisten Vorfälle bei den im Krankenhaus angestellten Ärzten und Pflegekräften ereigneten sich in einem Krankenhaus der Grund- und Regelversorgung. Von den 133 von Behandlungsfehlervorwürfen betroffenen Krankenhausärzten und den 21 betroffenen nicht-ärztlichen Krankenhausangestellten waren jeweils ca. 52% in einem solchen Krankenhaus beschäftigt. 24,8% der betroffenen Ärzte und 19,0% der Beschuldigten des nicht-ärztlichen medizinischen Personals waren in Krankenhäusern der Maximalversorgung angestellt. Zu ungefähr gleichen Teilen verteilen sich die betroffenen Ärzte und Pflegekräfte auf Krankenhäuser der Schwerpunktversorgung mit 12,3% und auf Fachkrankenhäuser mit 11,7% (Tabelle 65A im Anhang).

68,8% aller betroffenen Krankenhausangestellten waren in öffentlichen Krankenhäusern beschäftigt, gefolgt von privaten Krankenhäusern mit 17,5% sowie Universitäten und gemeinnützigen Krankenhäusern mit nur 9,1% bzw. 4,5% (Tabelle 66A im Anhang). Dies deckt sich

mit der Untersuchung von Seehafer am Landgericht Bremen, der ebenfalls feststellte, dass überdurchschnittlich viele Prozesse gegen städtische Krankenhäuser geführt werden (Seehafer 1991). Wie eine Statistik beispielsweise für das Jahr 2007 in Deutschland zeigt, ist allerdings in Krankenhäusern mit öffentlichem Träger auch die Bettenzahl mit ca. 230.000 am größten, gefolgt von Krankenhäusern mit gemeinnützigem Träger mit ca. 168.000 Betten und privaten Krankenhäusern mit ca. 70.000 Betten (Bayerische Krankenhausgesellschaft 2014).

Die Beschuldigten der Alten-/Pflegeheime sind zu zwei Drittel in einer Einrichtung mit freigeinnützigem Träger und zu einem Drittel in einer Einrichtung mit privatem Träger angestellt. Angestellte von öffentlichen Alten-/Pflegeheimen sind dagegen kaum vom Verdacht eines Behandlungsfehlers betroffen (3,2 %) (Tabelle 67A im Anhang).

Bei 19,0% der 64 Beschuldigten, die in Alten-/Pflegeheimen tätig waren, wurden Pflegefehler als kausal für den Schaden des Patienten beurteilt (Tabelle 68A im Anhang). Bei den Alten-/Pflegeheimen mit privatem Träger wurden 28,6% der Beschuldigten eines kausalen Pflegefehlers überführt. Diese Einrichtungen sind damit am häufigsten von kausalen Behandlungsfehlern betroffen (Tabelle 10 im Ergebnisteil).

In Universitätskrankenhäusern konnten bei den angestellten Pflegekräften keine Fehler festgestellt werden. Bei den vom Verdacht eines Behandlungsfehlers betroffenen nicht-ärztlichen Krankenhausangestellten erwies sich der beanstandete Pflegefehler nur in 1 Fall als kausal für den Schaden des Patienten. Betroffen war ein privates Krankenhaus der Versorgungsstufe III (Tabelle 71 A und 72A im Anhang).

Bei den 133 betroffenen Krankenhausärzten wurde in knapp 7,5% der Fälle ein Behandlungsfehler festgestellt, der auch kausal für den Schaden des Patienten war (Tabelle 74A im Anhang).

Prozentual betrachtet wurden am häufigsten kausale Behandlungsfehler festgestellt, wenn sich der Vorfall in einem Krankenhaus mit gemeinnützigem oder privatem Träger ereignete. Absolut gesehen waren von den 10 Krankenhausärzten mit kausalen Behandlungsfehlern 6 in einem öffentlichen, 3 in einem privaten und 1 in einem gemeinnützigen Krankenhaus angestellt (Tabelle 11 im Ergebnisteil). Betrachtet man die Versorgungsstufe der betroffenen Krankenhäuser, so waren von den 10 Ärzten mit kausalen Behandlungsfehlern 7 in einem Krankenhaus der Versorgungsstufe I, 2 in einem der Versorgungsstufe IV und 1 in einem der Versorgungsstufe II beschäftigt (Tabelle 12 im Ergebnisteil).

Von den Gerichten wurde jeweils 1 Angeklagter verurteilt, der in einem Krankenhaus der Versorgungsstufe I bzw. IV tätig war; bezogen auf den Träger des Krankenhauses, jeweils 1 Angeklagter, der in einem Krankenhaus mit privatem Träger bzw. gemeinnützigem Träger arbeitete. Eine Einstellung gegen Auflage erging gegen jeweils 2 Angeklagte, die in Krankenhäusern der Versorgungsstufe I und IV beschäftigt waren. Die beiden Angeklagten waren in Krankenhäusern mit öffentlichem und privatem Träger angestellt (Tabelle 75A und 76A im Anhang).

Lediglich 3 Angeklagte, die in einem Alten-/Pflegeheimen beschäftigt waren, wurden verurteilt. Alle 3 Angeklagten arbeiteten in einer Einrichtung eines privaten Trägers (Tabelle 77A im Anhang).

Zusammenfassend ist festzuhalten, dass in Universitätskliniken und Krankenhäusern der Maximalversorgung keine oder kaum Fehler zu verzeichnen waren. Dies lässt sich als Indiz für eine qualitativ hochwertige Versorgung in diesen Kliniken mit kompliziertesten Untersuchungen, Eingriffen und Behandlungen werten. Die Einrichtungen mit gemeinnützigem Träger waren dagegen vergleichsweise oft von Behandlungsfehlern betroffen. Bei Betrachtung nur der kausalen Behandlungsfehler waren die Häuser mit privatem Träger verhältnismäßig häufig vertreten.

In der Literatur lässt sich die Angabe finden, dass sich Behandlungsfehler am ehesten bestätigen lassen, je kleiner und weniger spezialisiert ein Krankenhaus ist. Dies deckt sich auch mit der vorliegenden Arbeit. Je höher spezialisiert ein Krankenhaus ist, desto seltener passieren Fehler. Es scheint sich in Großkrankenhäusern und Spezialkliniken spezialisierte Fachkompetenz fehlerhemmend auszuwirken (Hansis 2001).

In einer Studie an den Instituten für Rechtsmedizin Bonn und Düsseldorf, in der alle Fächer behandelt wurden, ließen sich Fehler vor allem bei Ärzten in Krankenhäusern der Schwerpunktversorgung (54,8%) feststellen. Mit deutlichem Abstand folgten Krankenhäuser der Grund- und Regelversorgung (32,3%). Von nur einem bestätigten Fehler betroffen (entsprechend 3,2%) waren Krankenhäuser der Maximalversorgung (Schmitz 2012).

6.7. Anlass der Verfahren und Darstellung der zu beurteilenden Behandlungsfehlertypen in den einzelnen Fachrichtungen

Häufig gaben Angehörige mit ca. 45,7% und Staatsanwaltschaft von Amts wegen (§ 159 StPO) mit 35,2% Anlass für ein Verfahren. Am wenigsten gab der Patient selbst mit 7,3% Anlass ein Verfahren zu eröffnen (Tabelle 45A im Anhang).

In der Gruppe der Angehörigen sind am häufigsten Töchter und Ehepartner vertreten, von denen jeweils 26,5% aller Behandlungsfehlervorwürfe in dieser Gruppe stammen. Ebenfalls häufig wird von Söhnen mit 16,8% auf mögliche Behandlungsfehler hingewiesen. Brüder, Schwestern oder Eltern sind in diesem Zusammenhang kaum von Bedeutung (Tabelle 47A im Anhang).

In der Multicenterstudie aus dem Jahr 2005 war der häufigste Anlass ein Ermittlungsverfahren einzuleiten die Todesbescheinigung, in der die Todesart als nicht geklärt bzw. nicht natürlich angegeben worden war (Preuß et al. 2005). Behandlungsfehlervorwürfe von Angehörigen betrafen nur ca. jeden fünften Fall. Eine Untersuchung von Dettmeyer und Madea an rechtsmedizinischen Gutachten konnte dagegen die Ergebnisse der vorliegenden Arbeit bestätigen. Auch dort stellten Strafanzeigen von Angehörigen, gefolgt von Angaben zur Todesart in der Todesbescheinigung mit Verdacht auf unnatürlichen Tod, die häufigsten Anlässe zu staatsanwaltschaftlichen Ermittlungsverfahren (Dettmeyer und Madea 1999).

Am gerechtfertigsten waren die Behandlungsfehlervorwürfe, die vom Patienten selbst erhoben wurden. In 50,0% der Fälle konnte ein Behandlungsfehler bejaht werden. Bei der Gruppe der Dritten, die hauptsächlich aus nicht vom Verdacht des Behandlungsfehlers betroffenen Ärzten und Pflegekräften besteht, konnte immerhin in 44,8% der Fälle ein Behandlungsfehler festgestellt werden. Wenn Angehörige Behandlungsfehlervorwürfe erhoben hatten oder die Staatsanwaltschaft nach § 159 StPO ein Ermittlungsverfahren eingeleitet hatte, wurde in 70,8% bzw. 72,4% der Fälle kein Fehler erkannt. Auch Fehler, die letztendlich ursächlich für den Schaden des Patienten waren, finden sich mit 27,8% am häufigsten, wenn der Patient selbst Anlass für das Verfahren gegeben hatte. Die wenigsten kausalen Behandlungsfehler konnten nach Behandlungsfehlervorwürfen von Angehörigen erkannt werden (in 6,2% aller Fälle) (Tabelle 6 im Ergebnisteil). Es erscheint durchaus einleuchtend, dass dem Patient, wenn er Anlass für das Verfahren gab, ein größeres Gewicht zukommt als den Angehörigen, was sich dann auch in die Bewertung des Falles niederschlägt.

Ein für den Schaden des Patienten kausaler Behandlungsfehler wurde bei insgesamt 22 Ärzten und 18 Beschuldigten des nicht-ärztlichen medizinischen Personals festgestellt.

Bei den 245 betroffenen Ärzten waren insgesamt 361 mögliche Behandlungsfehler zu beurteilen. Am häufigsten wurde eine mögliche fehlerhafte Befunderhebung mit Fehldiagnose in 18,6% aller Verdachtsmomente wegen Behandlungsfehlern bemängelt. An 2. Stelle war die mögliche fehlerhafte Durchführung einer Behandlung mit 17,2% zu beurteilen. Dieses Fehlverhalten bezog sich meist auf invasive Maßnahmen. Das Unterlassen medizinisch gebotener Maßnahmen machte 14,1%, eine fehlerhafte Medikation 11,1% aller Behandlungsfehlervorwürfe aus (Tabelle 54A im Anhang).

In der retrospektiven Studie für das Bundesministerium für Gesundheit und Soziales (Preuß et al. 2005), in der alle medizinischen Fachgebiete behandelt wurden, ergab sich ein etwas anderes Bild. Im Vordergrund standen hier Behandlungsfehlervorwürfe des Unterlassens, gefolgt von Komplikationen bei bzw. nach operativen Eingriffen, einer Falschbehandlung sowie Medikationsfehler.

Bei 6 Beschuldigten war die fehlerhafte Durchführung einer/s speziellen Behandlung/Eingriffs kausal für den Schaden des Patienten. Vom Gericht wurden hier 3 Angeklagte schuldig gesprochen. Bei 5 Beschuldigten konnte eine fehlerhafte Befunderhebung festgestellt werden, die kausal für den negativen Erfolg war. Zu einer Verurteilung von Seiten der Gerichte kam es nur bei 1 Angeklagten. Bei allen 3 Angeklagten, denen ein kausaler Behandlungsfehler bei der Medikation unterlaufen war, kam es zu einer Einstellung gegen Auflage. Die jeweils 3 Angeklagten, die eines kausalen Behandlungsfehlers aufgrund einer verspäteten Einweisung ins Krankenhaus sowie einer fehlerhaften Medikation überführt worden waren, wurden von den Gerichten ebenfalls alle verurteilt (Tabelle 59A im Anhang).

Bei den 98 Beschuldigten des nicht-ärztlichen medizinischen Personals waren insgesamt 208 mögliche Pflegefehler zu beurteilen. Die meisten Behandlungsfehlervorwürfe bezogen sich auf das Versäumnis einen Arzt zu informieren. Häufig war auch ein mögliches Fehlverhalten bezüglich unzureichender Überwachung, Organisationsmängel, einer fehlerhaften Dekubitusprophylaxe und -therapie, fehlerhafter Körperpflege und Medikamentensicherheit zu prüfen (Tabelle 55A im Anhang).

Nach Begutachtung wurden von den Rechtsmedizinern bei allen 343 Beschuldigten insgesamt 214 Behandlungsfehler festgestellt. Bei 189 Beschuldigten wurde kein Fehler erkannt. Bei 38 Beschuldigten konnten die Gutachter keine klare Aussage treffen. Am häufigsten wurden eine

fehlerhafte Befunderhebung mit Fehldiagnose mit 10,7%, Pflegefehler mit 8,2% und eine verspätete Einweisung ins Krankenhaus mit 6,5% bemängelt (Tabelle 56A im Anhang).

Ein mögliches Fehlverhalten konnte von den rechtsmedizinischen Gutachtern bei lediglich 47 Beschuldigten (13,7%) bestätigt werden. Bei den betroffenen Allgemeinmedizинern führte die rechtsmedizinische Beurteilung des Sachverhalts am häufigsten (19,8% der Beschuldigten dieser Gruppe) zu einer Bestätigung des jeweils behaupteten Behandlungsfehlers. Bei 12,5% aller Beschuldigten wurden bei der rechtsmedizinischen Begutachtung andere Behandlungsfehlertypen festgestellt als den Beschuldigten als Anfangsverdacht angelastet worden waren, am häufigsten war dies der Fall bei den betroffenen Allgemeinmedizинern und den Beschuldigten des nicht-ärztlichen medizinischen Personals mit jeweils ca. 16%. Bei 7,6% aller Beschuldigten wurden durch die Begutachtung einerseits die zur Last gelegten Behandlungsfehler bestätigt, andererseits aber zusätzliche Behandlungsfehler festgestellt. In den meisten Fällen (54,5%) konnten die Gutachter jedoch überhaupt keine Fehler finden (Tabelle 57A und 58A im Anhang).

In den Fällen, in denen Erkrankungen nicht diagnostiziert worden sind, handelt es sich am häufigsten um übersehene Lungenembolien bzw. Thrombosen mit 23,7%. Abdominalerkrankungen machen 18,6% aller fehldiagnostizierten Erkrankungen aus. Vorliegende Myokardinfarkte und sonstige Herz- und Gefäßerkrankungen wurden in 11,9% bzw. 15,3% dieser Fälle nicht erkannt. Am häufigsten auch als Behandlungsfehler bejaht wurde das Übersehen von Lungenembolien bzw. Thrombosen, von Abdominalerkrankungen und ganz besonders auffällig von Myokardinfarkten. Von 7 Fällen wurde hier sechsmal ein Behandlungsfehler erkannt. Dessen Kausalität für den negativen Erfolg konnte aber nie bewiesen werden. Der Beweis der Kausalität konnte überhaupt nur in 3 Fällen geführt werden, in denen es sich um das Übersehen einer Lungenembolie bzw. Thrombose gehandelt hatte und in 2 Fällen, in denen eine Abdominalerkrankung nicht erkannt worden war (Tabelle 60A im Anhang).

Goldmann et al. stellten in den Jahren 1960, 1970 und 1980 bei jeweils 100 nach Zufallsrisiken ausgewählten Autopsiefällen der Harvard Medical School fest, dass 63% der autopsisch nachgewiesenen Lungenembolien klinisch nicht erkannt worden waren. An zweiter Stelle standen Herzinfarkte mit 32% (Goldmann et al. 1983). Dies stellt ebenfalls die besondere Bedeutung bei der Diagnostik von Lungenembolien heraus. Hier besteht ein gesteigerter Bedarf an Sorgfalt. R. Gross hat drei generelle Empfehlungen ausgesprochen, die, neben detaillierter Anamnese, körperlicher Untersuchung, Routinelabor etc., wichtig sind um Fehldiagnosen einzudämmen: 1. Keine symptomatische Behandlung, ohne wenigstens eine Hypo-

these über die bestehende Ursache der Erkrankung. 2. Selbstbegrenzung etwaiger symptomatischer Maßnahmen auf zwei bis drei Wochen, ohne Prolongierung im Falle des Misserfolges 3. Keine therapeutischen Maßnahmen, die die Diagnostik langfristig behindern (Gross 1989).

Der am häufigsten bemängelte Eingriff findet sich bei den Koloskopien. Diese machen 25,5% aller behaupteten fehlerhaften Eingriffe bzw. Behandlungen aus. Weniger häufig waren Dekubitus-Behandlungen mit 13,7%, Gastroskopien mit 11,8% und Punktionen mit 9,8% auf eine fehlerhafte Ausführung zu prüfen. Prozentual am häufigsten bejaht wurde ein Behandlungsfehler bei den Dekubitus-Behandlungen in 5 von 7 Fällen. Hier finden sich mit 4 Fällen auch die meisten Behandlungsfehler, bei denen eine Kausalität für den Schaden des Patienten nachgewiesen werden konnte. Bei den Koloskopien und Gastroskopien war dies in nur jeweils 1 Fall möglich (Tabelle 61A im Anhang).

Die Arzneimittel, bei deren Anwendung am häufigsten Fehler beanstandet wurden, betreffen zu fast gleichen Teilen Herztherapeutika, Opiate/Schmerzmittel, Psychopharmaka (je 17,2%), Methotrexat und Antibiotika (je 13,8%). Metformin macht 6,9% der behaupteten fehlerhaften Medikation aus. Da bei Antidiabetika und antineoplastischen Mitteln eine mögliche fehlerhafte Anwendung nur bei den Medikamenten Metformin und Methotrexat beanstandet wurde, erfolgte hier keine Einordnung in die übergeordnete Medikamentengruppe. Methotrexat ist auch das einzige Medikament, bei dessen Einsatz kausale Behandlungsfehler festgestellt wurden. Nahezu jeder diskutierte Behandlungsfehler konnte hier auch als ein kausaler Behandlungsfehler bestätigt werden. Auch wenn in dem speziellen Kollektiv dieser Arbeit beim Einsatz von Methotrexat relativ häufig Fehler begangen wurden, lassen die geringen Fallzahlen dieser Behandlungsfehlergruppe keine allgemeingültigen Rückschlüsse zu (Tabelle 62A im Anhang).

Eine Untersuchung aus dem Jahr 1994 im Bereich der Inneren Medizin und der Psychiatrie kam zu einem ähnlichen Ergebnis. Die am meisten betroffenen Arzneimittelgruppen waren hier Psychopharmaka, Antibiotika und Antihypertonika. Die häufigsten Sachverhalte bei bestätigter Kausalität zwischen fehlerhafter Arzneimitteltherapie und Tod waren Verabreichung eines kontraindizierten Medikamentes, Eintritt einer äußerst seltenen Nebenwirkung und Arzneimittelverwechslungen. Eine dabei auch fahrlässige Therapie mit strafrechtlicher Verurteilung konnte bei den Behandlungsfehlersachverhalten Arzneimittelverwechslung, Überdosierung und falsche Applikation verzeichnet werden (Madea et al. 1994). Generell scheinen arzneimittelbedingte Todesfälle relativ selten zu sein (Madea und Schmidt 1996). Möglich ist

aber auch, dass Medikationsfehler oft gar nicht Gegenstand einer Untersuchung sind und somit auch nicht erkannt werden können.

In den Fällen, in denen eine fehlerhafte Injektion oder Transfusion den Anfangsverdacht eines zu beurteilenden Behandlungsfehlers dargestellt hat, handelt es sich um die Injektion von Diclofenac und Dexamethason, Bluttransfusionen und Injektionen von Lokalanästhetika. Behandlungsfehler konnten nur bei den Injektionen von Diclofenac und Dexamethason festgestellt werden. Hier findet sich auch der einzige Behandlungsfehler in dieser Gruppe, der kausal für den Schaden des Patienten war (Tabelle 63A im Anhang).

6.7.1. Innere Medizin

Bei der rechtsmedizinischen Begutachtung eines möglichen Fehlverhaltens von Internisten geht der Anfangsverdacht der zu prüfenden Behandlungsfehler in 53,8% der Fälle von Angehörigen aus. Von Angehörigen werden Behandlungsfehlervorwürfe damit bei den Fällen der Inneren Medizin gegenüber den anderen in dieser Arbeit behandelten Fachbereichen am meisten erhoben. Ebenfalls häufig wurde ein Ermittlungsverfahren von der Staatsanwaltschaft von Amts wegen nach § 159 StPO in 37,7% aller Fälle eingeleitet (Tabelle 45A im Anhang). Hierbei bestand in 10,2% der Fälle kein konkreter Verdacht eines Behandlungsfehlers (Tabelle 8 im Ergebnisteil). Es sollte viel mehr generell geprüft werden, ob bei der Behandlung des Patienten irgendein Fehler unterlaufen sei. In diesen Fällen handelt es sich um Ermittlungen der Staatsanwaltschaft, die ausschließlich aufgrund der Angaben in der Todesbescheinigung bzw. aus unbekannten Gründen eingeleitet worden waren. Vorwürfe von Angehörigen oder vom Patienten selbst bezogen sich immer auf einen konkreten Sachverhalt.

In 74,4% der Fälle konnte ein Behandlungsfehler nicht oder nicht sicher festgestellt werden. Bei 35 Beschuldigten (25,5%) konnte ein Behandlungsfehler erkannt werden. Hier wurde bei 11 Beschuldigten der Behandlungsfehler kausal mit dem Schaden des Patienten in Verbindung gebracht. Dies entspricht 8,0% aller Beschuldigten (Tabelle 4a im Anhang). 2 der 11 Beschuldigten mit kausalem Behandlungsfehler finden sich im Fachbereich der Gastroenterologie. Bei keinem der 12 betroffenen Kardiologen konnte ein kausaler Behandlungsfehler festgestellt werden (Tabelle 10A im Anhang). Das Risiko, einen schuldhaften Fehler zu begehen, scheint demnach in der Gastroenterologie höher zu sein als in der Kardiologie. Bei Berücksichtigung ausschließlich der Hauptbeschuldigten zeigen sich prozentual keine auffälligen Abweichungen zu den Zahlen bei allen Beschuldigten. Dies gilt für alle Fachbereiche (Tabelle 11A im Anhang).

Beim Vergleich der vorliegenden Arbeit mit den früheren Dissertationen, die die Zeiträume 1976–1978, 1979–1981 und 1990–1992 behandelt haben, lässt sich erkennen, dass der prozentuale Anteil der Fälle mit einem kausalen Behandlungsfehler mit den Jahren zugenommen hat, im Vergleich zu Anfang der 90er um etwa das Doppelte. 1979–1981 konnte überhaupt kein kausaler Behandlungsfehler festgestellt werden. 1976–1978 gab es nur 1 Fall mit einem Behandlungsfehler, der kausal für den Schaden des Patienten war. Der prozentuale Anteil der Fälle, bei denen ein Behandlungsfehler nicht oder nicht sicher festgestellt werden konnte, ist im Vergleich zu Anfang der 90er Jahre in etwa gleich geblieben. 2000–2007 betrifft dieser Anteil 74,4% der Fälle. 1990–1992 waren 77,1% der Behandlungsfehlervorwürfe unbegründet (Tabelle 4a im Anhang).

Beim Vergleich aller in dieser Arbeit zu untersuchenden Fachbereiche kann festgestellt werden, dass sich bei den Beschuldigten der Inneren Medizin die wenigsten kausalen Behandlungsfehler finden. Das hat sich seit 1976 auch nicht verändert.

Von den 11 Beschuldigten mit rechtsmedizinisch nachgewiesenem kausalem Behandlungsfehler wurde im Hauptverfahren 1 Angeklagter schuldig gesprochen. In 4 Fällen kam es zu einer Einstellung gegen Auflage. 3 Angeklagte sprachen die Gerichte frei. In 3 Fällen war das Gerichtsurteil nicht einsehbar (Tabelle 59A im Anhang).

Formulierte Behandlungsfehlervorwürfe im Antragsschreiben bezogen sich vor allem auf eine fehlerhafte Durchführung einer/s speziellen Behandlung/Eingriffs (28,5%) sowie eine fehlerhafte Befunderhebung mit Fehldiagnose und entsprechend falscher Therapie (21,9%). Den größten Anteil in der ersten Gruppe haben fehlerhaft durchgeführte Koloskopien, Gastroskopien und Punktionen. In der zweiten Gruppe finden sich vor allem nicht diagnostizierte Lungenembolien bzw. Thrombosen, übersehene Abdominalerkrankungen, Myokardinfarkte und sonstige Herz- und Gefäßerkrankungen. Ein Unterlassen medizinisch gebotener Maßnahmen und mögliche Fehler bei der Medikation waren in jeweils 10,2% der Fälle zu prüfen (Tabelle 8 im Ergebnisteil).

Bei den 35 Beschuldigten, bei denen ein Behandlungsfehler erkannt wurde, ist bei 13 Personen (37,1%) eine fehlerhafte Befunderhebung mit entsprechend falscher Therapie festgestellt worden. Damit ist dies die Fallgruppe mit dem größten Anteil an Behandlungsfehlern. Als kausal für den Schaden des Patienten erwies sich 1 Fall, bei dem 3 Ärzte eine Thrombose übersehen hatten. An zweiter Stelle steht mit 7 Beanstandungen die fehlerhafte Durchführung einer/s speziellen Behandlung/Eingriffs. Kausale Behandlungsfehler konnten im Rahmen

1 Koloskopie und 1 Endoskopie, bei Anlage einer PEG-Sonde, festgestellt werden. Eine fehlerhafte Medikation sowie eine unterlassene Diagnostik konnten in jeweils 4 Fällen nachgewiesen werden. Dabei beurteilten die Rechtsmediziner in 1 Fall eine fehlerhafte Methotrexat-Behandlung als kausalen Behandlungsfehler. Zudem war das Unterlassen des weiteren Abklärens von Oberbauchbeschwerden in 1 Fall kausal für den Schaden des Patienten. Das Unterlassen sonstiger gebotener medizinischer Maßnahmen, die Indikation der Behandlung, der Verzicht auf eine Einweisung ins Krankenhaus, die unzureichende Erkennung einer Komplikation nach einer Behandlung sowie eine unzureichende Überwachung wurde in jeweils 1 Fall kritisiert (Tabelle 8 im Ergebnisteil). Hierbei wurde in jeweils 1 Fall die unzureichende Überwachung bei einer Dialyse sowie die Durchführung einer Hyperthermiebehandlung als kausal für den Schaden des Patienten gewertet.

Um die Behandlungsfehler näher darzustellen zeigen die Kasuistiken diejenigen Fälle, in denen ein Behandlungsfehler mit der Kausalität für den negativen Erfolg des Patienten bejaht wurde.

Kasuistik 1 schildert einen Verlauf, in dem Fehler bei der Verordnung von Methotrexat aufgetreten waren. Dieses Arzneimittel hätte in diesem Fall weder verordnet noch in der gegebenen Dosierung angewendet werden dürfen. Zudem wären erforderliche Kontrolluntersuchungen unter der Methotrexat-Therapie nicht durchgeführt worden. Die Zuständigkeit für den begangenen Fehler erscheint zwischen involviertem Assistenzarzt, Oberarzt und Chefarzt unklar. Hier stellt sich auch die Frage nach einem Organisationsverschulden. Kasuistik 2 beschreibt einen Fall, bei dem einem Arzt beim Legen einer PEG mittels Endoskopie ein Behandlungsfehler unterlaufen war. Im Laufe der Endoskopie war eine Einengung der Speiseröhre festgestellt worden, die letztendlich eine Zustandsverschlechterung der Patientin zur Folge hatte. Da eine Intubation nicht vorgenommen worden war, hätte dies zum Abbruch des Eingriffes führen müssen. Hier stellt sich auch die Frage nach falschem Ehrgeiz und Überschätzung der eigenen Fähigkeiten von Seiten des Chefarztes. Bei Kasuistik 3 handelt es sich um einen sehr speziellen Fall. 2 Ärzten, die gemeinsam eine Klinik leiteten, wurde die Durchführung einer Ganzkörperhyperthermiebehandlung angelastet, obwohl eine Kontraindikation in Form pathologischer Laborwerte dafür vorgelegen hatte. Nach Verschlechterung der Situation der Patientin stellte sich zudem ein Übernahmeverschulden ein, da die kleine Klinik hinsichtlich apparativer und personeller Ausstattung dem Krankheitsbild der Patientin nicht mehr gewachsen war.

In Kasuistik 4 wird ein Fall geschildert, in dem bei einem Internisten eine unterlassene Diagnostik bei Oberbauchsymptomatik beanstandet wird. Der wegen Alkoholabusus behandelte Patient schien dem Arzt mit seiner beschriebenen Symptomatik offenbar nicht glaubwürdig. Allerdings wurde der Patient dann in einem anderen Krankenhaus wegen akuten Leberversagens auf einer Intensivstation behandelt.

In Kasuistik 5 wird einem Oberarzt der Gastroenterologie angelastet, dass er sich vor Propofolgabe, in Vorbereitung auf eine Koloskopie, davon hätte überzeugen müssen, dass der Patient auch nüchtern ist. Es gab Unklarheit über die Zuständigkeit. Am Ende der Koloskopie war es beim Umlagern zum Erbrechen mit Aspiration von erbrochenem Speisebrei gekommen. Eine Aspirationspneumonie führte schließlich zum Multiorganversagen.

Kasuistik 6 stellt den Fall einer Dialysepraxis dar, in der es zu einer Diskonnektion der Dialylenadel mit folgendem massiven Blutverlust und letztlicher Todesfolge des Patienten gekommen ist. Hier hätte eine kontinuierliche Überwachung des Patienten sichergestellt werden müssen. Es stellt sich die Frage nach einem Organisationsverschulden, da die Überwachung normalerweise dem Pflegepersonal, in diesem Fall der Arzthelferin, unterliegt, aber nicht ersichtlich war, ob eine Organisationsverfügung vorgelegen hatte. Auch steht die Frage im Raum, ob die Praxis und insbesondere das Dialysegerät technisch auf dem neuesten Stand waren.

Kasuistik 7 schildert einen Verlauf, in dem eine tiefe Beinvenenthrombose, trotz entsprechender Symptomatik, nicht erkannt worden war und stattdessen eine Pneumonie, ohne Vorliegen eines eindeutigen Befundes, behandelt wurde. Auch hier stellt sich wieder die Frage der Zuständigkeit zwischen Chefarzt, Oberarzt und Assistenzarzt.

Bei den Kasuistiken der Inneren Medizin handelt es sich meist um personenabhängige Fehlentscheidungen (Kasuistik 1, 2, 3, 4 und 7), über deren Ursachen jedoch nur spekuliert werden kann. Während Chef- und Oberarzt in Kasuistik 1 und Chefarzt in Kasuistik 2 ausreichende Erfahrung und gute Fachkenntnis besitzen sollten, könnten beim Assistenzarzt in Kasuistik 7 möglicherweise doch auch Mängel in der Fachkenntnis bzw. fehlende Erfahrung bestanden haben. Kommunikation und damit auch gegenseitige Kontrolle scheinen bei den in Teams zusammenarbeitenden Ärzten ein weiteres Problemfeld darzustellen (Kasuistik 1, 3 und 7). Bei personenabhängigen Fehlentscheidungen, die zum Nichterkennen einer Erkrankung bzw. eines Notfalls geführt haben (Kasuistik 3, 4 und 7), sind Zeitdruck, Mangel an Fachkenntnis oder das Beharren auf Verdachtsdiagnosen zu diskutieren. Bei unkritischem Umgang mit

Medikamenten (Kasuistik 1) scheint in den Fällen dieser Arbeit besonders die Methotrexattherapie mit einem Fehlerpotential behaftet zu sein. Allgemeingültige Rückschlüsse lassen die geringen Fallzahlen jedoch nicht zu. Bei der fehlerhaften Gastroskopie in Kasuistik 2 erhebt sich auch die Frage, ob immer wiederkehrende Eingriffe zur Routine werden und damit eines Tages zur Unachtsamkeit führen könnten. Bei Kasuistik 5 und 6 handelt es sich um Organisationsfehler bzw. um Fehler in der Kommunikation, wobei im Fall der betroffenen Arzthelferin in Kasuistik 6 auch nicht ausgeschlossen werden kann, dass sich zu wenig Personal in der Praxis befunden hatte.

In der Literatur werden in der Inneren Medizin verschiedene Schwerpunkte von behaupteten Behandlungsfehlern beschrieben. So finden sich in einer Zusammenstellung nach Dettmeyer und Madea häufiger iatrogene Perforationen bei Punktionen innerer Organe, ebenso wie die Beanstandung einer unzureichenden Diagnostik bei thorakalen Schmerzen. Weiter werden thromboembolische Komplikationen/Blutungen bei Marcumartherapie, fehlerhafte Therapie von Alkoholikern und Drogenpatienten sowie fehlerhafte Arzneimitteltherapie angegeben (Dettmeyer und Madea 2003).

Eine Auswertung von 903 Schlichtungsverfahren, die Innere Medizin betreffend, kam dagegen zu ähnlichen Ergebnissen wie sie die vorliegende Arbeit liefert. Am häufigsten wurden dort eine fragliche fehlerhafte Diagnostik, gefolgt von möglichen fehlerhaften Eingriffen, Injektionen sowie Interventionen beanstandet. In den Fehlerraten konnten keine Unterschiede zwischen Praxis und Klinik festgestellt werden (Scheppokat und Held 2002). Auch nach Ergebnissen anderer Stellen sind Fehler in der Diagnostik am häufigsten (Kaufmann et al. 1996).

6.7.2. Allgemeinmedizin

In den 74 allgemeinmedizinischen Fällen gaben mit 29 Fällen (39,2%) am häufigsten Angehörige Anlass ein Verfahren einzuleiten und in ebenfalls 29 Fällen (39,2%) wurde die Staatsanwaltschaft von Amts wegen tätig (§ 159 StPO) (Tabelle 45A im Anhang). Hierbei bestand in knapp 10,5% der Fälle kein konkreter Verdacht eines Behandlungsfehlers (Tabelle 8 im Ergebnisteil).

In 58,1% der Fälle konnte ein Behandlungsfehler nicht oder nicht sicher festgestellt werden. Bei 36 Beschuldigten (41,9%) konnte ein Behandlungsfehler erkannt werden. Bei 10 von

diesen Beschuldigten wurde der Behandlungsfehler kausal mit dem Schaden des Patienten in Verbindung gebracht. Dies entspricht 11,6% aller Beschuldigten (Tabelle 5 im Ergebnisteil).

Beim Vergleich der vorliegenden Arbeit mit den Arbeiten, die die Zeiträume 1976–1978, 1979–1981 und 1990–1992 behandelt haben, lässt sich erkennen, dass der prozentuale Anteil der Fälle mit einem kausalen Behandlungsfehler auch im Bereich der Allgemeinmedizin zugenommen hat; im Vergleich zu Anfang der 90er auch hier um etwa das Doppelte. 1976–1978 konnte nur in 1 Fall ein Behandlungsfehler festgestellt werden, der kausal für den Schaden des Patienten war. Der prozentuale Anteil der Fälle, bei denen ein Behandlungsfehler nicht oder nicht sicher festgestellt werden konnte, hat sich im Vergleich zu Anfang der 90er Jahre von 68,5% auf 58,1% verringert (Tabelle 4a im Anhang).

Bei Gegenüberstellung mit den anderen Fachbereichen dieser Arbeit lässt sich feststellen, dass die Allgemeinmedizin zwischen Innerer Medizin und dem nicht-ärztlichen medizinischen Personal eine Mittelstellung einnimmt, was den Anteil an kausalen Behandlungsfehlern betrifft. Das hat sich seit 1976, mit Ausnahme des Zeitraums 1990–1992, auch nicht verändert. Anfang der 90er Jahre stellten die Allgemeinmediziner, im Vergleich zu den Internisten und dem nicht-ärztlichen medizinischen Personal, prozentual gesehen die Gruppe mit dem größten Anteil an begangenen kausalen Behandlungsfehlern.

Von den 10 Beschuldigten, bei denen die Gutachter einen Behandlungsfehler feststellen konnten, der ursächlich für den Schaden des Patienten war, sprachen die Gerichte 4 Angeklagte schuldig. In 3 Fällen wurde das Verfahren gegen Auflagen eingestellt. 1 Angeklagter wurde frei gesprochen, in 2 Fällen war der Ausgang des Verfahrens nicht zu ermitteln (Tabelle 59A im Anhang).

Formulierte Beanstandungen im Antragsschreiben beziehen sich vor allem auf eine fehlerhafte Befunderhebung (29,1% aller Behandlungsfehlervorwürfe) sowie eine fehlerhafte Medikation (16,3%). Den größten Anteil in der ersten Gruppe haben nicht diagnostizierte Lungenembolien bzw. Thrombosen, übersehene Abdominalerkrankungen, Myokardinfarkte und sonstige nicht diagnostizierte Herz- und Gefäßerkrankungen. Die fehlerhafte Medikation bezieht sich vor allem auf die fehlerhafte Anwendung von Herztherapeutika, Opiaten/Schmerzmitteln und Psychopharmaka. Häufig war auch eine mögliche fehlerhafte Medikation von Methotrexat und Antibiotika zu beurteilen. Das Unterlassen medizinisch gebotener Maßnahmen macht 14,0% aller Behandlungsfehlervorwürfe aus, die verspätete Einweisung ins Krankenhaus 11,6% (Tabelle 8 im Ergebnisteil).

Bei den 36 Beschuldigten, bei denen ein Behandlungsfehler bestätigt wurde, stellt die fehlerhafte Befunderhebung mit entsprechend falscher Therapie mit 13 Fällen (36,1 %) den größten Anteil dar. Als kausal für den Schaden des Patienten erwies sich in je 1 Fall das Nichterkennen eines Darmverschlusses, einer Malaria und einer Appendizitis. An zweiter Stelle stehen mit jeweils 5 Beanstandungen die fehlerhafte Durchführung einer/s speziellen Behandlung/Eingriffs und das Unterlassen medizinisch gebotener Maßnahmen. Kausale Behandlungsfehler konnten in 2 Fällen im Rahmen einer Dekubitusbehandlung festgestellt werden. Eine fehlerhafte Medikation sowie eine verspätete Einweisung ins Krankenhaus konnte in jeweils 3 Fällen bestätigt werden. Dabei konnte in 1 Fall bei Methotrexat-Gabe ein kausaler Behandlungsfehler erkannt werden. Zudem war die verspätete Einweisung ins Krankenhaus bei einem Dekubitus und einer Methadonintoxikation ursächlich für den Schaden des Patienten. Die Indikation der Behandlung sowie eine fehlerhafte Injektion wurden in jeweils 2 Fällen beanstandet (Tabelle 8 im Ergebnisteil). Hierbei wurde in jeweils 1 Fall die kombinierte Injektion von Diclofenac und Dexamethason sowie die Injektion eines Cortisonpräparates als kausal für den Schaden des Patienten gewertet.

Um die Behandlungsfehler näher darzustellen zeigen die Kasuistiken diejenigen Fälle, in denen ein Behandlungsfehler mit der Kausalität für den negativen Erfolg des Patienten bejaht wurde.

Kasuistik 8 stellt einen Fall dar, in dem deutlich wird, wie schwer die Verantwortungsbereiche gegeneinander oft abzugrenzen sind und wie interdisziplinär sich die Behandlung von Dekubiti gestaltet. Die nicht fachgerechte Versorgung eben solcher wird einer Hausärztin, einem Chirurg und einer Krankenschwester angelastet, die alle in die Behandlung involviert waren. Der Hausärztin wurden vor allem zu wenig Kontrollbesuche und eine unterlassene Einweisung ins Krankenhaus vorgehalten. Der Chirurg hielt sich nicht an die Leitlinien der Dekubitus-Therapie und der Krankenschwester wurden Pflegefehler und eine mangelhafte Dokumentation zum Vorwurf gemacht.

Kasuistik 9 zeigt einen Fall, bei dem ein Darmverschluss, trotz mehrerer Konsultationen, nicht erkannt worden war. Der Hausarzt hielt an seiner anfänglichen Diagnosestellung einer funktionellen Obstipation fest und veranlasste nicht die eigentlich erforderliche weiterführende Diagnostik.

Kasuistik 10 beschreibt wieder einen Fall mit fehlerhafter Dekubitus-Behandlung. Betroffen sind diesmal ein Hausarzt und Pflegekräfte eines Pflegeheims. Bei fortschreitender infizierter

Nekrose an der Ferse, die schließlich eine Amputation bis zum Knie erforderlich gemacht hatte und letztlich den Tod der hochbetagten Patientin zur Folge hatte, wird insbesondere dem Hausarzt angelastet, dass er es versäumt hatte, die Ursache der Nekrose abzuklären, eine adäquate Therapie durchzuführen und eine Einweisung ins Krankenhaus zu veranlassen. Dabei wird aber auch die Frage aufgeworfen, welche Therapie und Diagnostik man einem alten Menschen noch zumuten könne und möchte, auch unter dem Gesichtspunkt der ökonomischen Zwänge des Gesundheitssystems.

In Kasuistik 11 hat ein Hausarzt bei einer Patientin, die von einem Keniaurlaub zurückgekommen war, eine Malariaerkrankung übersehen. Der Hausarzt nahm einen Virusinfekt an und veranlasste keine weiterführende Diagnostik.

Kasuistik 12 beschreibt einen Fall, bei dem es nach einer intramuskulären Injektion von Diclofenac und Dexamethason zu einer nekrotisierenden Fasciitis und septischem Krankheitsbild mit Todesfolge gekommen war. Allein die kombinierte Injektion von Diclofenac und Dexamethason war als Verstoß gegen die Regeln der ärztlichen Sorgfaltspflicht zu werten.

In Kasuistik 13 wurde eine Appendizitis nicht erkannt. Der Hausarzt hatte an seiner Verdachtsdiagnose Neuralgie festgehalten, obwohl auffällige Laborwerte weiterführende Untersuchungen erforderlich gemacht hätten.

Kasuistik 14 zeigt die risikobehaftete Behandlung bei Drogenkonsumenten. Der Hausarzt hatte trotz Bewusstlosigkeit des Patienten auf die Einweisung in eine Klinik verzichtet. Zudem hatte der Beschuldigte, ohne eine entsprechende suchtttherapeutische Erlaubnis der kontrollierten Drogenabgabe zu besitzen, dem Patienten Methadon verordnet und eine tödliche Dosis überlassen, ohne eine Kontrolle von Beikonsum und Konsumspiegel vorgenommen zu haben.

Kasuistik 15 verdeutlicht die von unerwünschten Arzneimittelwirkungen ausgehende Gefahr einer Methotrexat-Therapie und veranschaulicht die Wichtigkeit von Kontrolluntersuchungen bei dieser Behandlung. Diese Untersuchungen hatte der angeklagte Hausarzt unterlassen.

In Kasuistik 16 handelt es sich wieder um eine fehlerhafte Injektion, diesmal um die systemische Gabe des Kortisonpräparates Volon A, welches bei chronischer Bronchitis nicht indiziert und bei der vorliegenden Muskelstoffwechselstörung der Patientin ohnehin kontraindiziert gewesen war.

Das Nichterkennen von Darmverschluss, Malaria und Appendizitis (Kasuistik 9, 11 und 13) sind als personenabhängige Fehlentscheidungen zu werten, über deren Ursache jedoch wieder nur spekuliert werden kann. Bei den Fällen der Hausärzte scheint die Dekubitus-Behandlung eine wichtige Rolle zu spielen (Kasuistik 8 und 10). Hierbei sind insbesondere Fehler bei Kommunikation und Organisation zu diskutieren. Beim Umgang mit Medikamenten entsteht der Eindruck, dass zumindest bei den Fällen dieser Arbeit, insbesondere bei Methotrexattherapie (Kasuistik 15) und Injektionen (Kasuistik 12 und 16) Behandlungsfehler auftreten. Die personenabhängigen Fehlentscheidungen dürften hier zumindest teilweise auf mangelnde medizinische Fachkenntnis zurückzuführen sein. Kasuistik 14 gibt ein Beispiel dafür wie persönliche Beweggründe zu bewussten Fehlern führen können. Aus Angst vor Strafverfolgung und um sein Handeln zu verschleiern, ließ der Hausarzt einen bewusstlosen Drogenkonsumenten nicht in eine Klinik einliefern, weil er ihm zuvor, ohne suchtttherapeutische Erlaubnis, Methadon verschrieben hatte.

In der Literatur zeigen die zu prüfenden Behandlungsfehlervorwürfe vergleichbare Ergebnisse. Bei einer Auswertung der Daten der Gutachterkommissionen der Landesärztekammer Baden-Württemberg aus den Jahren 2004–2011 wurden die Fehlervorwürfe im allgemeinmedizinischen Bereich am häufigsten den Kategorien Diagnostik und Therapie zugeordnet. Dies entspricht auch der Feststellung in dieser Arbeit. Eine eher untergeordnete Rolle spielten Fehler bei Injektionen (10%) und bei der operativen Therapie (8%). Es konnte außerdem festgestellt werden, dass der Anteil der bejahten Behandlungsfehler dem Durchschnitt aller Fächer entspricht (Moßhammer und Eissler 2014). In der Statistik der Bundesärztekammer von 2013 erwies sich bei niedergelassenen Ärzten ebenfalls die Diagnostik als besonders fehleranfällig.

In einer Analyse zur Identifikation von Sicherheitsproblemen in der hausärztlichen Versorgung konnten Optimierungspotenziale vor allem im Bereich Monitoring, Dokumentationsqualität sowie Einbeziehung der Patienten festgestellt werden (Saal et al. 2009).

6.7.3. Nicht-ärztliches medizinisches Personal

Bei den Gutachten über das Handeln von Personen des nicht-ärztlichen medizinischen Personals gaben in 40,3% der Fälle Angehörige Anlass ein Ermittlungsverfahren einzuleiten. Am zweithäufigsten, in 26,9% der Fälle, leitete die Staatsanwaltschaft von Amts wegen (§ 159 StPO) ein Ermittlungsverfahren ein (Tabelle 45A im Anhang). Dabei war in 7,1% der Fälle von Seiten der Staatsanwaltschaft kein konkreter Sachverhalt angegeben worden, der beurteilt

werden sollte (Tabelle 9 im Ergebnisteil). Bei den Fällen des nicht-ärztlichen medizinischen Personals gaben relativ häufig Hinweise von Personen aus der Gruppe der Dritten (also Ärzte, Pflegekräfte etc.) Anlass ein Ermittlungsverfahren einzuleiten (Tabelle 46A im Anhang).

Bei den 98 Beschuldigten des nicht-ärztlichen medizinischen Personals konnte in 58,2% der Fälle ein Behandlungsfehler nicht oder nicht sicher festgestellt werden. Bei 41 (41,8%) konnte ein Behandlungsfehler erkannt werden, der bei 18 (18,4%) der Beschuldigten auch kausal für den Schaden des Patienten war (Tabelle 53A im Anhang).

Verglichen mit den Zeiträumen 1976–1978, 1979–1981 und 1990–1992 lässt sich erkennen, dass der prozentuale Anteil an Fällen mit einem kausalen Behandlungsfehler stark schwankt. Konnte 1976–1981 ebenfalls in etwa 18,5% aller Fälle ein Behandlungsfehler festgestellt werden, der für den Schaden des Patienten kausal war, so lag dieser Anteil von 1990–1992 nur bei 4,3%. In dieser Arbeit kann damit die von Spiro und Eckhardt gemachte Feststellung bestätigt werden, dass ein Sorgfaltspflichtverstoß bei Beschuldigten des nicht-ärztlichen medizinischen Personals wesentlich häufiger erkannt wird als bei Ärzten. Der prozentuale Anteil der Fälle, bei denen ein Behandlungsfehler nicht oder nicht sicher festgestellt werden konnte, ist im Vergleich zu Anfang der 90er Jahre von 78,2% auf 58,1% stark zurückgegangen (Tabelle 4a im Anhang). Diese Statistik deckt sich mit den Zahlen des MDK aus dem Jahr 2013, wonach die meisten Behandlungsfehlervorwürfe ebenfalls in der Pflege bestätigt werden konnten (MDK 2014). Auch in der Multicenterstudie aus dem Jahr 2005 (Preuß et al. 2005) wurden beim Pflegepersonal, besonders im Vergleich zu Internisten und Allgemeinmedizinerinnen, letale Behandlungsfehler überdurchschnittlich häufig bejaht.

Beim Vergleich aller Fachbereiche dieser Arbeit stellt sich heraus, dass das nicht-ärztliche medizinische Personal die Gruppe mit dem höchsten Anteil an kausalen Behandlungsfehlern ist. Das hat sich seit 1976, mit Ausnahme Anfang der 90er Jahre, nicht verändert.

Von den 18 Beschuldigten, die eines kausalen Pflegefehlers überführt werden konnten, waren 12 in einem Alten-/Pflegeheim, 2 bei einem ambulanten Pflegedienst und 1 in einem Krankenhaus angestellt; 3 waren Arzthelferinnen. Von diesen Personen wurden von den Gerichten 6 Angeklagte für schuldig befunden. 4 Angeklagte wurden frei gesprochen. Bei 8 Beschuldigten war der Ausgang des Verfahrens nicht in Erfahrung zu bringen (Tabelle 64A und 16A im Anhang).

Formulierte Beanstandungen im Antragsschreiben bezogen sich vor allem auf das Versäumnis einen Arzt einzuschalten (16,3% aller Behandlungsfehlervorwürfe) sowie auf eine fehlerhafte

Dekubitus-Behandlung und auf eine unzureichende Überwachung (jeweils 13,3%). Beanstandungen im Zusammenhang mit der Medikamentensicherheit machten 9,2% aller Behandlungsfehlervorwürfe aus, Fehler im Umgang mit Medizinprodukten 8,2% (Tabelle 9 im Ergebnisteil).

Bei den 41 Beschuldigten, bei denen ein Behandlungsfehler erkannt werden konnte, hat das Versäumnis einen Arzt einzuschalten mit 9 Fällen (22,0%) den größten Anteil. Als kausal für den Schaden des Patienten stellte sich in 1 Fall das Nichtinformieren eines Arztes bei festgestelltem postoperativem Blutverlust sowie in 1 Fall die Nichtbenachrichtigung eines Arztes bei Atemnot der Patientin heraus. An zweiter Stelle steht mit 8 bestätigten Behandlungsfehlern eine unzureichende Überwachung (19,5%), gefolgt von 7 festgestellten Behandlungsfehlern einer fehlerhaften Dekubitusprophylaxe bzw. -behandlung (17,1%). Kausale Behandlungsfehler waren in 5 Fällen eine unzureichende Überwachung bei Bauchgurten, Dialyse, Nitroglycerin-Gabe und Nahrungsaufnahme sowie in 4 Fällen Fehler bei der Dekubitusprophylaxe und -therapie. Fehler in der Medikamentensicherheit wurden in 4 Fällen erkannt. Eine Vernachlässigung der Patienten wurde in 3 Fällen festgestellt. Fehler beim Umgang mit Medizinprodukten, Verletzungen bei der Körperpflege sowie eine mangelhafte Flüssigkeitszufuhr wurden in jeweils 2 Fällen erkannt. Ursächlich für den Schaden des Patienten erwiesen sich in 2 Fällen Fehler beim Umgang mit Fixierungssystemen, speziell Bauchgurten. Zudem war eine Handgelenksdistorsion auf einen Pflegefehler zurückzuführen. Fehler bei der Körperpflege, körperliche Gewaltanwendung, unterlassene Hilfeleistung sowie eine fehlerhafte Injektion wurden in jeweils 1 Fall bestätigt. Nicht ausreichend nach Hygienevorschriften gepflegte Harnkatheter sowie eine Fehlinjektion ins Fettgewebe bzw. in ein Blutgefäß wurden als kausale Behandlungsfehler betrachtet.

Um die Behandlungsfehler näher darzustellen zeigen die Kasuistiken diejenigen Fälle, in denen ein Behandlungsfehler mit der Kausalität für den negativen Erfolg des Patienten bejaht wurde.

Kasuistik 17 schildert einen Fall, bei dem wieder die Komplexität bei Dekubitus-Behandlungen deutlich wird. Die interdisziplinäre Zusammenarbeit scheint hier besonders wichtig. Zu oft liegen Zuständigkeiten und Verantwortungsbereiche im Unklaren und nicht selten stellt sich die Kommunikation im Team mangelhaft dar. In diesem Fall waren zudem Pflegemängel hinsichtlich Körperpflege, Ernährung und Pflege eines Dauerkatheters auszumachen. Der Pflegedienstleitung wurden Organisationsmängel angelastet sowie viele Dienstsichten nicht

ausreichend mit Fachkräften besetzt zu haben. Auch 1 Hausarzt war in die unzureichende Dekubitus-Behandlung eingebunden und wurde angeklagt.

Kasuistik 18 zeigt einen Fall, in dem sich eine Arzthelferin eines kausalen Behandlungsfehlers schuldig gemacht hatte. Nach einer fehlerhaften Injektion von Diclofenac, Piroxicam und Dexamethason ins subkutane Fettgewebe bzw. in ein Gefäß, entwickelte sich bei der Patientin ein Spritzenabszess.

Kasuistik 19 beschreibt einen weiteren Fall, in dem Mängel in der Organisation und bei der Kompetenzabsprache in der Behandlung von Dekubiti deutlich werden. Angeklagt waren diesmal Pflegekräfte eines Altenheimes und ein Hausarzt. Letzterem wurde auch eine zu späte Krankenhauseinweisung angelastet.

In Kasuistik 20 wurden einem Altenpfleger fehlerhaft ausgeführte Pflegegriffe und körperliche Gewaltanwendung vorgehalten, nachdem bei 4 Bewohnerinnen eines Altenheimes Gesichtshämatome, Hautabschürfungen an den Armen und eine Handgelenksdistorsion aufgefallen waren.

Kasuistik 21 schildert den Fall einer Patientin, die nach Gabe von Nitrospray in einer Praxis bewusstlos von der Behandlungsliege gestürzt war und dabei ein Schädel-Hirn-Trauma 1. Grades und eine Thoraxprellung erlitten hatte. Die Arzthelferin hätte die Patientin nicht allein lassen dürfen und hatte sich deshalb einer unzureichenden Überwachung schuldig gemacht.

Kasuistik 22 zeigt einen Fall aus dem Krankenhaus, bei dem auch ökonomische Zwänge ihren Beitrag zum Geschehen leisten. Ein cholecystektomierter Patient war postoperativ durch Verbluten nach innen verstorben. Die zuständige Krankenschwester hätte, nach Feststellung eines Blutverlustes von 400 ml, zwingend einen Arzt über diese Tatsache in Kenntnis setzen müssen. Der Klinik war ein Organisationsverschulden anzulasten, da die Station zum Zeitpunkt des Vorfalls unterbesetzt und die Krankenschwester damit überfordert gewesen war.

Kasuistik 23 schildert einen komplexen Fall, in dem zunächst Pflegefehler begangen worden waren, die dann zu einem späteren Zeitpunkt von einem Mord überlagert wurden. Bei der rechtsmedizinischen Beurteilung fanden sich folgende Pflegefehler: Die private Altenpflegerin hatte der Patientin, ohne ärztliche Absprache, eigenverantwortlich Catapresan zur Behandlung von Bluthochdruck verabreicht. Sie hatte außerdem nicht für ausreichende Flüssigkeitszufuhr gesorgt, was zu einer Exsikkose geführt hatte, wie bei einem Krankenhausaufenthalt

der Patientin festgestellt wurde. Bei zunehmender gesundheitlicher Verschlechterung der zu Betreuenden hatte die Beschuldigte zudem die erforderliche pflegerische Versorgung an Wochenenden unterlassen. Schließlich hatte die private Altenpflegerin der von ihr zu Hause betreuten Patientin nicht indizierte und überdosierte Schmerzmedikamente verabreicht und die Patientin schließlich aus Habgier, durch das Verschließen der Atemöffnungen mit einer weichen Bedeckung, getötet. Die Schmerzmedikamente hatte sich die Angeklagte von der Hausärztin unter Vortäuschung falscher Angaben erschlichen. Da die private Altenpflegerin wegen Mordes angeklagt wurde, trat der weniger intensive Rechtsgutsangriff (Pflegefehler) hinter den intensiveren (Mord) zurück. Die Angeklagte wurde also wegen des nicht subsidiären Delikts (Mord) bestraft und nicht wegen der begangenen Pflegefehler.

Kasuistik 24 zeigt einen Fall, in dem ein Krankenpfleger seine Kompetenzen überschritten hatte. Ohne ärztliche Befähigung hatte dieser widerrechtlich einen Dekubitus ausgeschnitten. Stattdessen wäre die Einschaltung eines Arztes indiziert gewesen.

Kasuistik 25 beschreibt einen Fall, bei dem insgesamt 14 Patienten involviert waren. Es handelt sich um Bewohner einer Seniorenresidenz. Als Fehler waren Mängel bei der Flüssigkeitszufuhr, bei der Pflege eines Harnblasenkatheters und bei der Medikamentenverabreichung festgestellt worden.

Kasuistik 26 stellt die Problematik im Zusammenhang mit Bauchgurt-Fixierungssystemen dar. Einem Altenpflegehelfer war angelastet worden, den Bauchgurt zu locker angelegt und die Seitenbefestigungen nicht fixiert zu haben. Zudem war auf Veranlassung der Pflegedienstleitung das Bettgitter nicht hochgestellt worden. Der Patient erstickte durch die fehlerhafte Anwendung des Bauchgurt-Fixierungssystems.

In Kasuistik 27 erstickte der Bewohner eines Altenheims ebenfalls. Ursache war diesmal aber die Aspiration von Speisebrei, nachdem dem Bewohner seine Unterkieferprothese in den Rachenraum gerutscht war. Das Pflegepersonal hätte den Bewohner die Mahlzeit nicht unbeaufsichtigt einnehmen lassen dürfen. Zudem hätte die Unterkieferprothese, die wegen fehlender Zähne nicht ordnungsgemäß befestigt werden konnte, gar nicht erst eingebracht werden dürfen.

In Kasuistik 28 waren bei 2 Angestellten eines Altenheims Pflegefehler festgestellt worden. Ein Altenpfleger hatte bei Kreislauf- und Atemstillstand einer Bewohnerin die Reanimation unterlassen. Eine Altenpflegerin hatte es zuvor versäumt, bei Atemnot und Beinödemen der gleichen Bewohnerin, einen Arzt zu informieren.

Kasuistik 29 liefert ein weiteres Beispiel für das Gefahrenpotential im Umgang mit Bauchgurt-Fixierungssystemen. Wieder waren die Seitenbefestigungen des Bauchgurtes nicht angebracht und das Bettgitter nicht hochgestellt worden. Zudem war die Überwachung des fixierten Pflegebedürftigen unzureichend gewesen. Die Patientin war durch Atem- und Kreislaufversagen bei Kompression der Baueingeweide durch Hängelage im Bauchgurt verstorben.

Kasuistik 17 und 25 stellen Fälle dar, in denen Pflegefehler in nahezu sämtlichen Bereichen unterstellt worden waren. Zu diskutieren wäre, ob hier ein Mangel an Pflegepersonal und/oder nicht ausreichend qualifiziertes Pflegepersonal ursächlich gewesen sein könnten. Der Pflegedienstleitung sowie der Heimleitung müssen zudem Fehler bei der Organisation sowie eine mangelhafte Anleitung und Kontrolle des Pflegepersonals angelastet werden. Die Dekubitus-Behandlung stellt ein weiteres Problemfeld dar (Kasuistik 19 und 24). Neben nicht ausreichend qualifiziertem Pflegepersonal sowie einer nachlässigen Kontrolle und Anleitung durch die Pflegedienstleitung scheinen hier vor allem auch Mängel in der interdisziplinären Organisation und Kompetenzabsprache zwischen Pflegekräften und Ärzten eine Rolle für den negativen Ausgang zu spielen. Auch in der Literatur wird die Kompetenz- und Zuständigkeitsfrage insbesondere bei den Pflegeberufen diskutiert. War die Pflegekraft früher nur eine auf Anordnung handelnde Person, die ihr Tun nicht hinterfragte, steht heute eine eigenverantwortliche Tätigkeit zur Diskussion, bei der es auch zu Meinungsverschiedenheiten zwischen Ärzten und Pflegepersonal kommen kann. Gerade bei der Dekubitusprophylaxe stellt sich die Frage der Verantwortung. Es finden sich in der Literatur konträre Auffassungen darüber, ob die pflegerische Aufgabe allein die Vermeidung von Dekubiti ist und ob der Arzt erst dann eingreifen darf, wenn der Dekubitus bereits aufgetreten ist (Dettmeyer 2006). Laut Steffen erfüllen Pflegekräfte „originäre, nicht aus dem ärztlichen Tätigkeitsbereich abgeleitete Aufgaben“ und haben „den Arzt auf Grenzen und Unvereinbarkeiten für die ärztliche Behandlung hinzuweisen“. Gefordert sei „eine Kooperation, für die jedes Rang- und Konkurrenzdenken unangebracht ist.“ (Steffen 1996). Andererseits könne es nach Auffassung Anderer „keinen arztfreien, d.h. der ärztlichen Aufsichts- und Weisungspflicht gänzlich entzogenen Bereich“ geben (u.a. Ulsenheimer 1997).

Ein anderer großer Bereich, in dem immer wieder Fehler passieren, ist der der Bauchgurt-Fixierungssysteme (Kasuistik 26 und 29). Todesfälle durch nicht angebrachte Seitenbefestigungen und nicht hochgestellte Bettgitter dürften überwiegend auf einem Organisationsverschulden mit fehlenden genauen Anweisungen und schlecht geschultem Personal beruhen. Ein Organisationsverschulden im Sinne unklarer Absprachen und ungenauer bzw. falscher An-

weisungen war auch mit ursächlich für den Pflegefehler in Kasuistik 27. Willentliche körperliche Gewaltanwendung (Kasuistik 20) und Tötung aus Habgier (Kasuistik 23) sind primär kriminelle Delikte, die in der Person des Angeklagten begründet liegen. Dagegen lässt der Vorwurf der unzureichenden Überwachung (Kasuistik 21 und 22) an mehrere Ursachen denken. Zu diskutieren sind insbesondere ökonomische Zwänge, die zu einem Personalmangel und einer Überlastung des Personals, durch Betreuung zu vieler Patienten, führen sowie ein Organisationsverschulden bei unzureichenden Anweisungen.

Bedeutsam scheint, dass es sich in vielen Fällen, in denen ein pflegerischer Behandlungsfehler bejaht wurde, um ältere, pflegebedürftige und meist demente Patienten handelt, bei denen möglicherweise leichtfertig der Zustand des Patienten verkannt wird und nicht die gleiche Sorgfalt wie bei einem jüngeren, nicht pflegebedürftigen und geistig gesunden Patienten, entgegengebracht wird. Zudem sind diese Patienten auch komplexer in der Art ihrer Versorgung. Das Durchschnittsalter der 26 geschädigten Patienten liegt bei ca. 82 Jahren.

In der Multicenterstudie aus dem Jahr 2005 (Preuß et al. 2005) konnte ebenfalls häufig eine unzureichende Dekubitusprophylaxe festgestellt werden, was mit der vorliegenden Arbeit übereinstimmt, andere Schwerpunkte waren aber Lagerungsfehler z.B. bei Operationen, mangelnde Thromboseprophylaxe sowie unzureichende Kontrakturprophylaxe.

In einem Fragebogen zu Ursachen von Pflegefehlern, der Pflegekräften vorgelegt worden war, wurden am häufigsten hoher Arbeitsanfall (69,5%), Personalmangel (65,1%) sowie Überarbeitung (44,5%) genannt. Es zeigte sich außerdem, dass im Krankenhaus vermehrt organisatorische Mängel als Fehler verursachend eingeschätzt werden, während im Pflegeheim häufiger Mängel bei Qualifikation oder Einstellung als ursächlich beschrieben werden (Habermann und Cramer 2010).

6.8. Beurteilung der Behandlungsfehlervorwürfe

Bei den 247 Verfahren konnte von den Gutachtern in 11,3% der Fälle ein kausaler Behandlungsfehler festgestellt werden (Tabelle 11A im Anhang). In 4,4% der Fälle kam es zu einem Schuldspruch; in 2,0% zur Einstellung gegen Auflage. Bei 10 Fällen war der Ausgang des Verfahrens nicht in Erfahrung zu bringen. Auf die Gesamtzahl aller 343 Beschuldigten bezogen wurde bei 11,7% ein kausaler Behandlungsfehler erkannt. 3,5% aller Beschuldigten wurden verurteilt. Bei 2,0% kam es zu einer Einstellung gegen Auflage. Bei 3,8% war der Aus-

gang des Verfahrens nicht in Erfahrung zu bringen (Tabelle 3 im Ergebnisteil, Tabellen 10 A und 15A im Anhang).

In einer früheren Untersuchung kam es bei 245 Verfahren in 11 % der Fälle zu einer Hauptverhandlung und in 4,9 % der Fälle zu einem Schuldspruch (Ulsenheimer 1987). Bei einer retrospektiven Auswertung von Behandlungsfehlervorwürfen am Institut für Rechtsmedizin der Universität Bonn wurden 87 % der Verfahren nach § 170 Abs. 2 StPO eingestellt, 7,6 % wurden nach § 153a Abs. 1 StPO (Zahlung einer Geldbuße) erledigt oder es kam zu einer Verurteilung (Madea et al. 2006).

Zusammenfassend konnte in der Fachgruppe der Inneren Medizin (inkl. Spezialisierungen) bei 8,0 % aller Beschuldigten ein Behandlungsfehler festgestellt werden, der kausal für den Schaden des Patienten war. In der Allgemeinmedizin wurde ein solcher Fehler bei 11,6 %, beim nicht-ärztlichen medizinischen Personal bei 18,4 % aller Beschuldigten erkannt. 2 Gastroenterologen wurden eines kausalen Behandlungsfehlers überführt. In der Kardiologie konnte überhaupt kein für den Schaden des Patienten ursächlicher Behandlungsfehler festgestellt werden. Betrachtet man die einzelnen Fälle, also nur die Hauptbeschuldigten, so konnten bei den Fällen aus dem Bereich der Inneren Medizin 6,6 %, bei denen aus der Allgemeinmedizin 10,8 % und bei denen des nicht-ärztlichen medizinischen Personals 19,4 % kausale Behandlungsfehler festgestellt werden (Tabellen 10A, 11A und 4a im Anhang). Besonders bei den internistischen und allgemeinmedizinischen Fällen lässt sich erkennen, dass im Vergleich zu früheren Untersuchungen an diesem Institut, die Zahl der kausalen Behandlungsfehler zugenommen hat. Während man eine Zunahme von kausalen Behandlungsfehlern bei zivilrechtlichen Verfahren noch auf die Arbeit von ärztlichen Schlichtungsstellen zurückführen könnte, die zu einer besseren Vorselektion in diesem Bereich führt (Madea 2014), muss es bei den Strafrechtsverfahren andere Gründe für diese Entwicklung geben. Ursächlich hierfür könnte sein, dass Behandlungen und Untersuchungen immer komplexer und damit fehleranfälliger werden. Auch ökonomische Sparzwänge und damit zusammenhängend unterbesetztes und überlastetes Personal im Krankenhaus sowie Zeitdruck sind bei dieser Betrachtung zu berücksichtigen (siehe dazu auch Kapitel 6.9).

Insgesamt betrachtet nimmt mit zunehmender Spezialisierung der betroffenen Fachrichtung offensichtlich der Anteil von Fällen mit kausalem Behandlungsfehler ab.

Von 137 betroffenen Internisten, bei denen mögliche Behandlungsfehler rechtsmedizinisch zu begutachten waren, wurden von den Rechtsmedizinern bei 11 Ärzten Behandlungsfehler fest-

gestellt, die kausal für den Schaden des Patienten waren. Von diesen 11 Internisten wurde im Hauptverfahren 1 Angeklagter vom Gericht schuldig gesprochen. Dies betrifft also weniger als 1 % der 137 Internisten, bei denen ein Ermittlungsverfahren eingeleitet worden war. Von 86 betroffenen Allgemeinmediziner mit zu prüfenden möglichen Behandlungsfehlern wurden von den Rechtsmedizinern bei 11 Ärzten kausale Behandlungsfehler festgestellt. Im Hauptverfahren wurden 4 Ärzte für schuldig erklärt, was 4,6 % aller 86 betroffenen Allgemeinmediziner entspricht. Beim nicht-ärztlichen medizinischen Personal wurden bei der rechtsmedizinischen Begutachtung bei 18 Personen kausale Behandlungsfehler festgestellt und im Hauptverfahren wurden 6 Angeklagte verurteilt. Dies entspricht 6,1 % der 98 Personen des nicht-ärztlichen medizinischen Personals mit anhängigen Ermittlungsverfahren. Mit dem Grad der Spezialisierung (Pflegekraft – Allgemeinmediziner – Internist) nimmt also auch der Anteil an Schuldsprüchen ab. Schließt man die Gerichtsurteile, die auf Einstellung gegen Auflage lauteten, mit ein, so beträgt der Anteil der insgesamt Verurteilten in der Allgemeinmedizin 9,3 %, beim nicht-ärztlichen medizinischen Personal 6,1 % und in der Inneren Medizin 3,6 %. Bei dieser Betrachtungsweise werden mehr Allgemeinmediziner verurteilt als Beschuldigte des nicht-ärztlichen medizinischen Personals. Allerdings ist hierbei anzumerken, dass bei 44,4 % der Personen des nicht-ärztlichen medizinischen Personals mit kausalem Behandlungsfehler, das Urteil nicht zu erfahren war (Tabelle 3 im Ergebnisteil).

Auffallend ist, dass im Jahr 2004 von den Gerichten ausschließlich Urteile mit einem Schuldspruch abgegeben wurden. Damit sind im Jahr 2004 die Hälfte aller Schuldsprüche für den Zeitraum 2000 bis 2007 gefällt worden (Tabelle 17A im Anhang).

Zu einer Einstellung kam es am häufigsten, wenn über den Verdacht der fahrlässigen Körperverletzung zu urteilen war (sechsmal im Vergleich zu zweimal beim Verdacht der fahrlässigen Tötung). Insgesamt führt der Verdacht der fahrlässigen Tötung häufiger zu einer Verurteilung als der Verdacht der fahrlässigen Körperverletzung. Schuldsprüche und Einstellungen gegen Auflage gab es in 11 Fällen beim Verdacht der fahrlässigen Tötung, dagegen nur in 6 Fällen beim Verdacht der fahrlässigen Körperverletzung (Tabelle 18A im Anhang).

Am häufigsten folgte das Gericht der Einschätzung der Rechtsmediziner in den allgemeinmedizinischen Fällen. In 70,0 % der Fälle, in denen die Rechtsmediziner einen kausalen Behandlungsfehler ausgemacht hatten, kam es hier zu einem Schuldspruch oder zu einer Einstellung gegen Auflage. Bei den internistischen Fällen war dies zu 45,5 % der Fall, beim nicht-ärztlichen medizinischen Personal zu 33,3 %. Allerdings war hier auch bei 44,4 % der Beschuldigten das Urteil nicht in Erfahrung zu bringen. Generell ist die Aussagekraft dadurch

eingeschränkt, dass ein relativ hoher Prozentsatz der Gerichtsurteile (32,5 %) nicht eingesehen werden konnte (Tabelle 14A im Anhang).

6.9. Gründe für die Zunahme der Gutachtertätigkeit

Allein der Medizinische Dienst der Krankenversicherung (MDK) erstellte 2013 rund 14.600 Gutachten wegen des Verdachts auf einen Behandlungsfehler. Das sind gut 2.000 mehr als im Vorjahr (MDK 2014). Auch die Fallzahlen der BÄK steigen immer weiter, von 8.884 Anträgen 1997 auf 11.053 Anträge 2003. Die Fehlerquote bei den angenommenen Fällen blieb dabei allerdings relativ konstant (Dettmeyer 2006).

Die Zahl der Begutachtungen am Institut für Rechtsmedizin der Ludwig-Maximilians-Universität München hat bei Verfahren gegen Internisten und insbesondere bei Verfahren gegen Personen des nicht-ärztlichen medizinischen Personals, in den Jahren 2000–2007 im Vergleich mit früheren Jahren, zugenommen, während die Zahl der Gutachten bei Verfahren gegen Allgemeinmediziner leicht rückläufig war. Während Evaluationen in Düsseldorf und Hannover ergeben haben, dass im zivilrechtlichen Bereich durch die Arbeit der Schlichtungsstellen in etwa 90 % der Fälle eine gerichtliche Auseinandersetzung vermieden wurde, beschäftigen die Verfahren im strafrechtlichen Bereich ungebremsst die staatlichen Gerichte (Laum 2007). Der Anteil der strafrechtlichen Ermittlungen am Institut betrug im Zeitraum von 2000–2007 97,6 %.

Die Gründe für die Zunahme der Gutachtertätigkeit und Anklagen sind vielschichtig und sollen im Folgenden näher ausgeführt werden.

Bei der Betrachtung von Behandlungsfehlern spielen viele Umstände eine Rolle. Die inhaltlichen Ansprüche an die Medizin werden durch einen hohen diagnostischen und therapeutischen Standard von Jahr zu Jahr größer (De Ville 1998). Mit den Fortschritten der Medizin steigt durch fortschreitende Technisierung und Kompliziertheit von Arbeitsabläufen auch das Risiko für den Arzt Fehler zu machen (Schewe 1996). Durch die zunehmende Spezialisierung nimmt auch die organisatorische Komplexität zu. Nicht nur das DRG-System hat zu einer schleichenden Ökonomisierung sowie zu ökonomischen Denkweisen im medizinischen Bereich geführt. Unter den ökonomischen Zwängen leidet das Arzt-Patienten-Verhältnis. Dem Patienten kann kaum noch genügend Zeit entgegengebracht werden. Er droht zulasten einer empathischen Arzt-Patienten-Beziehung zu einem Objekt in einem industriellen Prozess zu werden (Weimann zit. nach Flintrop 2014). Dem Arzt-Patienten-Verhältnis stehen nach

Imhof die Entpersonalisierung, die Formalisierung und die Ökonomisierung der Medizin entgegen. Der Patient werde demnach immer mehr zum Kunden. Das Verhältnis sei immer mehr von juristischen Aspekten und Absicherungen geprägt und somit „eine geschäftlich-kühle, entseelte Medizin, in der sich die partizipierenden Partner gegenseitig misstrauisch belauern.“ Ideale wie Fürsorge, Verantwortung und Vertrauen würden in den Hintergrund treten (Imhof 2010). Der Verdacht liegt nahe, dass eine Arzt-Patienten-Beziehung, die sich immer mehr zu einer nüchternen Dienstleistung entwickelt, zu anspruchsvolleren Patienten führt, die eher bereit sind zu klagen bzw. Anzeige zu erstatten.

Die Anzeigebereitschaft der Patienten bzw. Hinterbliebenen kann auch durch eine gestörte Kommunikation zwischen Arzt und Patient oder Hinterbliebenen gesteigert worden sein (Dettmeyer et al. 2007). Die Kommunikation zwischen Arzt und Patient und damit auch das Vertrauensverhältnis scheint eine ganz entscheidende Rolle dabei zu spielen, ob sich ein Patient dazu entschließt seinen Arzt zu verklagen bzw. Anzeige gegen ihn zu erstatten. Denn oft geht es den Patienten nicht um Schmerzensgeld, sondern um eine offene Kommunikation, eine nachvollziehbare Erklärung des Arztes und eine Entschuldigung. Eine schlechte Kommunikation trägt laut Goetz dazu bei, dass Patienten glauben, dass der Arzt eine fehlerhafte Behandlung vertuschen möchte (Goetze zit. nach Wulfert 2013). Bei einer Auswertung von Schlichtungsverfahren beklagten Patienten in den Anträgen Kommunikationsmängel auch nach einem schädigenden Ereignis. Etliche begehrten demnach keine Zahlungen, sondern wollten wissen, was und wie es geschah (Scheppokat und Held 2002). Fachanwälte in den USA schätzen, dass 80% der Gründe für Zivilklagen mit inadäquatem Verhalten des Arztes und Kommunikationsmängeln zu tun haben (Levinson 1994). Deshalb ist z.B. auch Krankenhauspersonal viel häufiger vom Verdacht eines Behandlungsfehlers betroffen als niedergelassene Ärzte, wo noch eine engere Bindung zum Patienten besteht.

Dazu gesellt sich ein nicht zuletzt durch die Medien vermittelter Irrglaube an die Machbarkeit von Gesundheit. Für schicksalhafte Entwicklungen scheint kaum mehr Verständnis oder Akzeptanz zu bestehen (Bergmann und Wever 2009).

Weiterhin gilt zu bedenken, dass es in einer immer älter werdenden Gesellschaft auch immer mehr Behandlungen gibt, die immer komplexer werden und somit auch höhere Risiken für Komplikationen zeigen. Dies dürfte auch gerade im Bereich der Pflege ein gewichtiger Faktor sein, da hier überwiegend ältere Patienten betreut werden.

Die chronische Unterfinanzierung des Gesundheitswesens begünstigt zudem die Entstehung von Fehlern (Crusius zit. nach Wulfert 2013). Immer weniger Personal müsse laut Rothmund in der gleichen Zeit immer mehr leisten (Rothmund 2005). Nach Schätzung eines großen Schadensversicherers sind ca. 10% der ärztlichen Behandlungsfehler auf Übermüdung oder Überlastung zurückzuführen, typischerweise nach überlanger Dienstzeit (Dettmeyer 2006).

Nach einer Überprüfung von Verdi ist beispielsweise der Nachtdienst in der Pflege zum Teil deutlich unterbesetzt. Mehr als die Hälfte der Pflegekräfte hat angegeben, dass sie die erforderlichen Leistungen bei der Versorgung aus Zeitmangel nicht erbringen könnten. 60 Prozent der Befragten gaben zudem an, dass gefährliche Situationen durch mehr Personal hätten verhindert werden können. Laut Verdi fehlen in Krankenhäusern 162.000 Beschäftigte, darunter 70.000 Pflegekräfte (Verdi zit. nach Osterloh 2015). Der Vorsitzende des Aktionsbündnisses Patientensicherheit sieht das genauso: „Je weniger Pflegekräfte im Einsatz pro Patient sind, desto mehr Fehler passieren durch Überlastung“ (Siebert zit. nach APS 2014).

Ein Übernahmeverschulden kann ebenfalls durch Personalmangel entstehen. Wenn ein Assistenzarzt beispielsweise aus Personalmangel Tätigkeiten übernehmen soll, für die dessen Qualifikation (noch) nicht ausreicht und die normalerweise in der Verantwortung eines Facharztes liegen, steht der Arzt vor der Situation sich zwischen der Gefährdung des Patienten und der Gefährdung der eigenen Anstellung entscheiden zu müssen (Osmialowski 2015).

Bei sachlicher Betrachtung der Zahlen dieser Arbeit ist aber auch festzustellen, dass kein Grund zu übertriebener Sorge oder zu sensationslüsternen Meldungen besteht. Staatsanwaltschaftliche Ermittlungsverfahren gegen Ärzte und insbesondere gegen Personen des nicht-ärztlichen medizinischen Personals haben zwar leicht zugenommen, es ist jedoch kein übermäßiger Anstieg im Vergleich zu Untersuchungen vergangener Jahre an diesem Institut zu verzeichnen.

6.10. Fälle der Sektionsprotokolle

Die Zahl der Sektionsprotokolle hat sich seit dem Jahr 2005 deutlich erhöht (Tabelle 78A im Anhang).

Die meisten Sektionen wurden mit 34,7% bei Verdacht auf einen von Internisten begangenen Behandlungsfehler durchgeführt. 28,1% der Sektionsprotokolle hatten einen allgemeinmedizinischen Hintergrund. Auffallend ist, dass in der zahlenmäßig großen Fallgruppe des nicht-ärztlichen medizinischen Personals in etwa nur genau so viele Sektionen zu finden

waren (13,2%) wie in den zahlenmäßig kleinen spezialisierten Fachgruppen der Kardiologie (10,7%) und Gastroenterologie (13,2%) (Tabelle 81A im Anhang).

Die meisten Fälle aus dem Bereich des nicht-ärztlichen medizinischen Personals, die zu einer Sektion geführt haben, hatten sich in Alten-/Pflegeheimen (50,0%) und in Krankenhäusern (31,3%) ereignet (Tabelle 82A im Anhang).

Die Geschlechterverteilung der Verstorbenen zeigt mit 48,7% männlichen und 51,3% weiblichen Patienten nahezu den gleichen Prozentsatz (Tabelle 79A im Anhang).

Das Alter der Verstorbenen liegt im Mittel bei 64,8 Jahren, mit Schwerpunkt in der Altersgruppe der 61- bis 85-jährigen (Tabelle 80A im Anhang).

In etwa zwei Dritteln der Fälle konnte bereits die Sektion den Verdacht eines Behandlungsfehlers widerlegen (Tabelle 13 im Ergebnisteil). Dies entspricht den Ergebnissen Schratzenstallers zu Anfang der 90er Jahre und der Multicenterstudie (Preuß et al. 2005). Gerade bei Todesfällen zeigt sich also, dass Obduktionen von Behandlungsfehlern betroffene Ärzte entlasten können. Daher scheint es auch im eigenen Interesse ratsam bei unklaren Todesfällen die Todesart als nicht geklärt anzugeben, um eine objektive Todesursachenklärung durch eine Sektion zu ermöglichen (Madea et al. 2006).

Auffällig ist, dass bei den allgemeinmedizinischen Fällen der Verdacht eines Behandlungsfehlers nur in 52,9% der Fälle bereits durch die Sektion entkräftet werden konnte.

Die häufigsten Behandlungsfehlervorwürfe, die zu einer Sektion geführt haben, betreffen mit 27,3% eine fehlerhafte Befunderhebung mit entsprechend falscher Therapie, Pflegefehler mit 13,2%, verspätete Einweisung ins Krankenhaus mit 9,1%, eine fehlerhafte Medikation sowie fehlerhafte Durchführungen von Koloskopien und Herzkathetern mit jeweils ca. 7% (Abb. 21 im Ergebnisteil). Bei einer Untersuchung an der Rechtsmedizin Frankfurt im Zeitraum von 1972–1998 standen Todesfälle nach chirurgischen Eingriffen im Vordergrund (Bratzke 2007). Im Bereich der Chirurgie dürfte die Anzahl der Sektionen zur Klärung von Behandlungsfehlervorwürfen also um einiges höher liegen als in dieser Arbeit.

Die häufigsten Pflegefehlervorwürfe, die zu Sektionen geführt haben, betreffen eine unzureichende Überwachung in 31,3% der Beanstandungen, sowie Vernachlässigung und Fehler bei der Körperpflege in jeweils 18,8% (Tabelle 14 im Ergebnisteil).

Es zeigt sich, dass vor allem internistische und allgemeinmedizinische Fragestellungen nicht durch die Obduktion allein geklärt werden konnten. Am häufigsten konnten eine mögliche fehlerhafte Medikation in 66,7% der Fälle sowie die mögliche fehlerhafte Durchführung einer ERCP nicht entkräftet werden. Zu jeweils 50,0% konnte der Verdacht eines Behandlungsfehlers bei zu prüfender fehlerhafter Injektion/Transfusion, unzureichender Erkennung/Therapie einer Komplikation nach einer Behandlung sowie zu sonstiger fehlerhafter Durchführung einer Behandlung nicht widerlegt werden (Tabelle 15 im Ergebnisteil).

Die häufigste festgestellte Todesursache bei Sektionen, durchgeführt zur Klärung eines möglichen Behandlungsfehlers, betreffen akute Myokardinfarkte und chronische KHK mit 17,4%. Ebenfalls häufig sind sonstige Herzkrankheiten, Pneumonien, Lungenembolien, Sepsis sowie Peritonitis. Werden Myokardinfarkte und sonstige Herzkrankheiten als kardiale Todesursache zusammengefasst, ergibt dies sogar einen Prozentsatz von 31,3%, was die Spitzenstellung von Herzkrankheiten in der Todesursachenstatistik noch deutlicher werden lässt (Tabelle 16 im Ergebnisteil).

6.11. Ausblick und Umgang mit Behandlungsfehlern

Die Auswirkungen auf Ärzte, die einen Behandlungsfehler verursachen, sind beträchtlich. Man spricht in diesem Zusammenhang auch vom „second victim“. Reaktionen können Scham oder Schuld bis hin zur akuten Belastungsreaktion sein. Die Verfahren zu Behandlungsfehlern sind meist langwierig und gehen zu Lasten der Psyche, der Partnerschaft und beeinflussen die eigene Tätigkeit. Besonders junge Ärzte sind nach einem Behandlungsfehler gefährdet schwerwiegende psychische Erkrankungen zu entwickeln (Rosentreter 2012).

Im Krankenhaus tätiges Pflegepersonal äußerte ebenfalls besonders häufig negative Konsequenzen im psychischen Bereich als Folge begangener Pflegefehler. Ablenkung durch diese negativen Folgen macht wiederum anfällig für Fehler. Eine positive Fehlerkultur ist daher nicht nur zur Fehlervermeidung nötig, sondern auch um negative Folgen vom medizinischen Personal abzuwenden (Cramer et al. 2012).

Eine hohe Qualität der medizinischen Versorgung lässt sich langfristig nur sicherstellen, wenn versucht wird aus vermeidbaren Fehlern, Beinahe-Fehlern und tatsächlich eingetretenen Fehlern zu lernen.

In den vergangenen Jahren hat sich die ärztliche Selbstverwaltung bemüht eine Fehlervermeidungskultur zu etablieren: Dazu zählen Fehlermeldesysteme wie CIRSmedical Deutschland

oder auch die vom Frankfurter Institut für Allgemeinmedizin eingeführte Internetplattform *www.jeder-fehler-zaehlt.de*. Damit waren die Allgemeinmediziner die erste fachärztliche Gruppe, die ein Fehlermeldesystem für ihren Bereich eingeführt hat. Unter dem Blickwinkel der demographischen Entwicklung in Deutschland hat auch die Versorgung in Alten-/Pflegeheimen gerade in jüngster Zeit vermehrte Beachtung gefunden. Dem trägt die Einrichtung eines speziellen CIRS für die Altenpflege im Oktober 2007 Rechnung. Darüber hinaus leisten Gutachterkommissionen und Schlichtungsstellen bei den Ärztekammern sowie Fortbildungen, Qualitätsmanagement-Systeme und das Aktionsbündnis Patientensicherheit e.V. weitere Beiträge zur Patientensicherheit. Die Gutachterkommissionen der Ärztekammern sollen zur außergerichtlichen Einigung zwischen Arzt und Patient beitragen. Sie helfen Patienten zudem ihr Recht einzufordern. Eine Analyse bei der Gutachterkommission Nordrhein ergab beispielsweise 1995 eine außergerichtliche Erledigungsquote von 89,5 % (Weltlich et al. 1999).

Auch das Aktionsbündnis Patientensicherheit (APS) konnte schon einige Erfolge verzeichnen. Immer mehr Krankenhäuser, Praxen und Pflegeeinrichtungen setzen die Handlungsempfehlungen für eine sichere Versorgung der Patienten um. Risikomanagement ist inzwischen überall ein Dauerthema. Zudem sei laut APS-Vorsitzende das Patientenrechtegesetz auch auf Initiative des APS verabschiedet worden. Das APS hat sich zum Ziel gesetzt, nicht Einzelne für Fehler zu verurteilen, sondern systembedingte Ursachen aufzuzeigen (Richter-Kuhlmann 2015).

Deutschland habe aber noch Nachholbedarf in der Patientensicherheitsforschung und bei der Integration des Themas in die studentische Lehre sowie bei der Weiterbildung von klinischem Personal (Manser zit. nach Krüger-Brand 2014).

Was die Qualitätsprogramme angeht, konnten in einer Literaturanalyse aus dem Jahr 2014 bislang allerdings noch keine qualitativ akzeptablen wissenschaftlichen Studien für das deutsche Gesundheitssystem gefunden werden, die die patientenbezogene Wirksamkeit oder Unwirksamkeit eingeführter Qualitätsprogramme belegen könnten (Khan und Ollenschläger 2014).

Die Diskussionen über medizinische Behandlungsfehler rücken das Thema Patientensicherheit auch immer stärker in die Öffentlichkeit und haben zu einer neuen Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses zum Qualitätsmanagement (§ 137 Sozialgesetzbuch V, Aktualisierung vom 23.01.2014) geführt, in der ein eigenständiges Risikomanagement, ein patientenorientiertes Beschwerdemanagement und ein CIRS (Critical Incident Reporting

System) für Krankenhäuser und Arztpraxen gefordert werden. Bei den CIRS sollen anonym Fehler oder Beinahe-Fehler gemeldet werden, um diese Fehler künftig vermeiden zu können. Um sich vor einer drohenden Organisationshaftung abzusichern, werden immer mehr Regelwerke und Verfahrensanweisungen installiert. Die Auswirkungen hierbei werden teils kontrovers diskutiert. Einerseits sind sie sinnvoll, wie die Einführung einer Checkliste für das Einbringen eines zentralvenösen Katheters durch den Intensivmediziner Peter Pronovost zeigt. Danach konnte im US-Bundesstaat Michigan ein Rückgang von katheterassoziierten Infektionen von durchschnittlich 90% erreicht werden (Pronovost 2006). Andererseits können sie nicht den Verstand und die kritische Urteilskraft des behandelnden Arztes oder der Pflegekraft ersetzen. Es wird diskutiert, dass dabei die Gefahr einer Kochbuchmedizin entstehe, die zu starr sei und dem individuellen Fall nicht mehr gerecht werde. Flache Hierarchien werden als Möglichkeit gesehen, die Mitarbeiter besser zu involvieren und somit ihr Potential effektiver zu nutzen. Außerdem werde dadurch eine Kultur der Mitverantwortung erzeugt. Somit bestehe auch die Möglichkeit Missstände und Fehler ohne Angst vor negativen Reaktionen oder Sanktionen anzusprechen, um Schwachstellen aufzudecken und Strategien zu entwickeln, die helfen können zukünftige Fehler zu vermeiden (Euteneier 2014).

Die Stiftung Patientenschutz fordert außerdem ein nationales Register für Behandlungsfehler. Nur so könne sicher festgestellt werden wie viele Fehler es wirklich gäbe und welche Einrichtungen und Arztgruppen besonders von Fehlern betroffen sind. Dadurch ließe sich erkennen, wo dringend Verbesserungen nötig sind (Stiftung Patientenschutz 2013).

Eine Fehlerbekämpfung ist im Prinzip in 5 Unterpunkte aufzuteilen: Die Reduzierung von Komplexitäten, die Optimierung der Kommunikation, die wohlüberlegte Einführung von Automationsmechanismen, die Definierung von Grenzen und die Milderung der durch Veränderung hervorgerufenen unerwünschten Nebeneffekte. Reason beschreibt dazu die vier wichtigen Komponenten einer effektiven Fehlerkultur: ein adäquates Meldesystem, angemessene Reaktionen auf die erhaltenen Meldungen, Flexibilität und die Fähigkeit aus Erfahrung lernen zu können (Thomeczek 2009). Diese Punkte finden sich auch in Helmreichs sechs-Punkte-Programm für das „Australian Council for Safety and Quality in Health Care“ (Helmreich 2000) sowie bei Spencer in seiner Forderung nach dem Erkennen und Beherrschen latenter Systemfehler (Spencer 2000).

Laut Ollenschläger sollten zur Fehlerprävention und zum professionellen Umgang mit Fehlern, neben systematischer Qualitätsförderung, gezielte Programme zur Fehleridentifizierung und -vermeidung etabliert werden. Konkret schlägt er die Identifizierung des Problems durch

Nutzung existierender Datenquellen und/oder Implementierung verbindlicher Dokumentations- und Informationsroutinen vor. Zudem regt er die Entwicklung gesetzlicher Grundlagen für sanktionsgeschützte Meldeverfahren, die Verbreitung von verhaltensorientierten Trainingsmaßnahmen zur Fehlererkennung und -vermeidung sowie von Anreizsystemen für die Beteiligung an Programmen zur Fehleridentifizierung und -vermeidung und die Implementierung automatisierter Maßnahmen zur Fehlervermeidung an (z.B. durch EDV-gestütztes Monitoring von unerwünschten Arzneimittelwirkungen oder EDV-generierte Erinnerungsprogramme auf der Grundlage von Leitlinien) (Ollenschläger und Thomeczek 2002).

Diskutiert wird hierzulande auch der Sinn und Nutzen von sogenannten „Disclosure, Apology and Offer Programs“ (DAOs) wie sie in den USA zum Einsatz kommen. Dabei teilen Krankenhäuser Patienten aus eigener Initiative heraus Behandlungsfehler mit, entschuldigen sich für diese und bieten eine finanzielle Entschädigung an. Die Argumente dafür sind die Einsparung von Zeit und Kosten, eine kontinuierliche Verbesserung des Gesundheitssystems, die Achtung der Würde von Arzt und Patient sowie die Wiederherstellung des Vertrauens der Patienten in das medizinische Personal (Freres und Walter 2013). Dagegen gehalten wird, dass eine großflächige Einführung von DAOs eine größere Zahl von Klägern und damit höhere Kosten verursachen könnte (Cotton 2013 und Studdert et al. 2007). Die Frage dabei ist, ob die geringeren Kosten, z.B. auch durch kürzere Prozessdauer pro Forderungsfall, die Mehrkosten durch die wahrscheinlich höhere Zahl an Forderungsfällen kompensieren können.

Zudem stellt sich die Frage, ob das Beschwerdemanagement verbessert werden muss. Patienten, die einen Behandlungsfehler ansprechen, sollten nicht schroff zurückgewiesen, sondern als Potenzial zur Systemoptimierung verstanden werden. Patienten können durch ihre Beschwerden wertvolle Hinweise auf Schwachstellen liefern (Thomsen 2009).

Im ambulanten Sektor, in dem andere Dinge wie z.B. Medikationsfehler im Zusammenhang mit dem Ausstellen von Rezepten, das Thema Impfen sowie Kommunikationsfehler wichtig sind, sind einrichtungsübergreifende Qualitätszirkel und eine engere Vernetzung mit der KV geplant (Krüger-Brand und Richter-Kuhlmann 2014).

Was die vorliegende Arbeit zudem auch gezeigt hat: in einer immer komplexer und komplizierter werdenden Medizin sind präzisere Absprachen zwischen Ärzten und dem nicht-ärztlichen medizinischen Personal erforderlich. Innerhalb und zwischen den Abteilungen und Bereichen ist eine verlässliche Informationsweitergabe von entscheidender Bedeutung.

Außerdem besteht zukünftig Handlungsbedarf, um das Vertrauensverhältnis zwischen Arzt bzw. nicht-ärztlichem medizinischen Personal und Patient zu verbessern. Das Vertrauen der Patienten in die Medizin bzw. in die sie behandelnden Personen kann u.a. insbesondere durch eine bessere Kommunikation zwischen medizinischem Personal und Patienten zurückgewonnen werden und somit zu mehr Zufriedenheit der Patienten beitragen.

Der Einführung einer Fehlerkultur wird auch in der Zukunft ein besonderer Stellenwert zukommen. Als Fazit lässt sich ziehen, dass drei Punkte zu beachten sind, wenn man dauerhaft aus Fehlern lernen und zukünftige vermeiden will: „– Die zügige Weiterentwicklung von Leitlinien aller Art und deren betonter Abgleich mit dem ökonomischen Umfeld – die gezielte Aufdeckung gefahrgeneigter Situationen und Entwicklung von Vermeidungsstrategien und – die solide (nicht redundante) Dokumentation – vorrangig zur Beantwortung der Frage „Warum?“ (Hansis 2001).

7. Zusammenfassung

In der vorliegenden Arbeit wurden rechtsmedizinische Gutachten und Sektionen am Institut für Rechtsmedizin München aus den Jahren 2000–2007 zur Frage ärztlicher und pflegerischer Behandlungsfehler untersucht. Der Schwerpunkt wurde auf Fälle der Inneren Medizin, der Allgemeinmedizin bzw. der Hausärzte und des nicht-ärztlichen medizinischen Personals gelegt. Ziel der Untersuchung war es, die Entwicklung der Gutachtertätigkeit im Hinblick auf ältere Dissertationen darzustellen und fachbezogen Schwerpunkte der Behandlungsfehlervorfälle darzulegen. Dazu wurden frühere Dissertationen seit den 1950er Jahren zum Vergleich herangezogen. Zudem wurde herausgearbeitet, ob und inwiefern sich die Beurteilungen von behaupteten Behandlungsfehlern verändert haben. Dabei war die Zielsetzung, auch Erkenntnisse über die Prozessergebnisse, die Gruppe der Beschuldigten und Anlass der Verfahren sowie über die betroffenen Krankenhäuser und Pflegeeinrichtungen, unter Berücksichtigung ihrer Träger und Versorgungsstufen, zu gewinnen. Im Hinblick auf die durchgeführten Sektionen wurde deren Stellenwert bei der Klärung von Behandlungsfehlervorfällen untersucht.

Insgesamt wurden 247 Fälle mit 288 rechtsmedizinischen Gutachten und 343 Beschuldigten bearbeitet. Den größten Anteil stellten dabei die 137 Beschuldigten aus dem Gesamtbereich der Inneren Medizin.

Im Vergleich zu früheren Arbeiten am Institut hat die Anzahl der Verfahren, insbesondere gegen nicht-ärztliches medizinisches Personal, deutlich zugenommen. Gegenüber Anfang der 1990er Jahre haben die Beschuldigten pro Jahr von knapp 8 auf 19 zugenommen. Verfahren gegen Internisten haben leicht zu-, gegen Allgemeinmediziner dagegen leicht abgenommen.

Beim nicht-ärztlichen medizinischen Personal wurden in 18,4% der Fälle, und damit am häufigsten, Behandlungsfehler festgestellt, die kausal für den Schaden des Patienten waren. Im Bereich der Inneren Medizin waren mit 8,0% am wenigsten kausale Behandlungsfehler auszumachen. Besonders bei den internistischen und allgemeinmedizinischen Fällen war zu erkennen, dass im Vergleich zu früheren Dissertationen die Zahl der kausalen Behandlungsfehler zugenommen hat und zwar um etwa das Doppelte.

Insgesamt konnte von den Gutachtern bei den 247 Verfahren in 28 Fällen (11,3%) ein kausaler Behandlungsfehler festgestellt werden. Bei 11 Verfahren (4,4%) kam es zu einer Verurteilung und bei 5 Verfahren (2,0%) zu einer Einstellung gegen Auflage. Bei 10 Fällen war der Ausgang des Verfahrens nicht in Erfahrung zu bringen.

Am häufigsten vom Verdacht eines Behandlungsfehlers betroffen waren Angestellte von Krankenhäusern der Grund- und Regelversorgung sowie von Krankenhäusern mit öffentlichem Träger. In Universitätskliniken und Krankenhäusern der Maximalversorgung ließen sich keine oder kaum Fehler feststellen. Ähnliches gilt für die Fachrichtung der Beschuldigten. Je spezialisierter diese war, desto häufiger wurde ein Verfahren eingeleitet, desto geringer waren dagegen nachgewiesene kausale Behandlungsfehler oder gar eine Verurteilung.

Am häufigsten war bei den Fällen der Inneren Medizin der Verdacht der fehlerhaften Durchführung einer Behandlung (28,5 %), meist invasive Maßnahmen und bei den Fällen der Allgemeinmedizin der Verdacht der fehlerhaften Befunderhebung mit entsprechender Fehldiagnose (29,1 %) zu beurteilen. Behandlungsfehler konnten in beiden Fachbereichen überwiegend bei der Befunderhebung (37,1 % bzw. 36,1 %) festgestellt werden. Beim nicht-ärztlichen medizinischen Personal waren die häufigsten festgestellten Behandlungsfehler keinen Arzt eingeschaltet zu haben (22,0 %), unzureichende Überwachung (19,5 %), sowie fehlerhafte Dekubitusprophylaxe bzw. -behandlung (17,1 %). Es ließen sich zudem bestimmte Krankheiten ausmachen, die wiederholt nicht diagnostiziert worden waren. Am häufigsten wurden Lungenembolien bzw. Thrombosen übersehen (23,7 %). Bei den invasiven Maßnahmen war die Koloskopie der am meisten beanstandete Eingriff (25,5 %). Am häufigsten war eine mögliche fehlerhafte Medikation bei der Anwendung von Herztherapeutika, Opiaten/Schmerzmitteln sowie Psychopharmaka zu begutachten (je 17,2 %).

In allen Fachbereichen waren die meisten Angeklagten mit einem kausalen Behandlungsfehler in der Altersgruppe der 51–60-jährigen zu verzeichnen. Auf alle Fälle bezogen waren mit 70,9 % überproportional viele Männer von Behandlungsfehlervorwürfen betroffen. Insgesamt betrachtet war der prozentuale Anteil der bejahten Behandlungsfehler in allen Untersuchungsgruppen bei den männlichen und weiblichen Beschuldigten jedoch in etwa gleich hoch.

In 45,7 % der Fälle gaben Angehörige den Anlass ein Verfahren einzuleiten. In 35,2 % der Fälle leitete die Staatsanwaltschaft ein Ermittlungsverfahren ein, nachdem die Todesart als nicht geklärt bzw. nicht natürlich in der Todesbescheinigung angegeben worden war (§ 159 StPO). Die meisten Behandlungsfehler konnten in den Fällen nachgewiesen werden, in denen der Patient selbst Anlass für das Verfahren gegeben hatte.

Es konnten 115 Sektionsprotokolle gezählt werden. Die Zahl der Sektionen pro Jahr stieg ab dem Jahr 2005 deutlich an. Durch die gerichtliche Leichenöffnung konnte der Verdacht eines Behandlungsfehlers bereits in etwa zwei Dritteln der Fälle ausgeräumt werden.

8. Literaturverzeichnis

1. **Aktionsbündnis Patientensicherheit** (Hrsg) (2006): Agenda Patientensicherheit 2006. Einsehbar unter: http://www.aps-ev.de/fileadmin/fuerRedakteur/PDFs/Agenda_Patientensicherheit/Agenda_Patientensicherheit_2006.pdf
Aktualisierungsdatum: 14.06.2006.

2. **Aktionsbündnis Patientensicherheit** (2014): Pressekonferenz des Aktionsbündnisses Patientensicherheit (APS) anlässlich des gemeinsamen Kongresses für Patientensicherheit. Aktionsbündnis Patientensicherheit fordert: Teure Fehlanreize in der Medizin streichen. Einsehbar unter:
http://www.aps-ev.de/fileadmin/fuerRedakteur/PDFs/Aktuelles/Pressemappe_APS.pdf
Aktualisierungsdatum: 03.04.2014.

3. **Andrews L. B., Stocking C., Krizek T., Lawrence G., Krizek C., Vargish T., Siegler M.** (1997): An alternative strategy for studying adverse events in medical care. In: Lancet 349: S. 309–313.

4. **AOK** (2014): Krankenhaus-Report 2014: Wege zu mehr Patientensicherheit. Einsehbar unter: http://www.aok-bv.de/imperia/md/aokbv/presse/pressemitteilungen/archiv/2014/krankenhaus_report_2014_pressemappe_210114.pdf
Aktualisierungsdatum: 20.01.2014.

5. **Bayerische Krankenhausgesellschaft** (2014): Zahlen, Daten, Fakten aus dem bayerischen Krankenhauswesen. Einsehbar unter:
http://www.bkg-online.de/media/file/11368.BKG_Datensammlung.pdf
Aktualisierungsdatum: 15.05.2014.

6. **Bayerische Landesärztekammer** (2008): Monatsstatistik nach Tätigkeitsbereichen. Datenbestand vom 02.01.2008. Einsehbar unter:
<http://www.blaek.de/mitglieder/stat2007.pdf> Aktualisierungsdatum: 20.01.2009.

7. **Bayerisches Staatsministerium für Umwelt und Gesundheit** (2013). Krankenhausplan des Freistaates Bayern. Einsehbar unter:
www.bkg-online.de/media/file/11606.khplan13.pdf Aktualisierungsdatum: 11.02.2013.

8. **Bergmann K.O., Wever C.** (2009): Die Arzthaftung – Ein Leitfaden für Ärzte und Juristen. 3. Auflage. Hamm: Springer.

9. **Bratzke H.** (2007): Erfassung tödlicher Medizinschadensfälle mit dem Deutschen Forensischen Sektionsregister („Obduktio“). In: Medizinschadensfälle und Patientensicherheit. Köln: Dt. Ärzte-Verlag; S. 177–182.

10. **Bundesärztekammer** (2008): Abbildungen und Tabellen zur Ärztestatistik der Bundesärztekammer zum 31.12.2007. Einsehbar unter:
<http://www.bundesaerztekammer.de/downloads/Stat07Abbildungsteil.pdf>
Aktualisierungsdatum: 04.04.2008.

11. **Bundesärztekammer** (2014): Statistische Erhebung der Gutachterkommissionen und Schlichtungsstellen für das Statistikjahr 2013. Einsehbar unter:
http://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/downloads/Erhebung_StaeKo_mit_Zahlen_2013_komplett.pdf Aktualisierungsdatum: 02.07.2014.
12. **Carstensen G.** (1989): Vom Heilversuch zum medizinischen Standard. In: Dtsch. ÄrzteBl., 86.Jg. (1989), Heft 36, S. B1736–B1738.
13. **Cotton V.R.** (2013): The other side of apology. In: Physician Insurer 2013, 3rd Quarter: S. 30–3.
14. **Cramer H., Foraita R., Habermann M.** (2012): Pflegefehler und die Folgen. Ergebnisse einer Befragung von Pflegenden in stationären Versorgungseinrichtungen. In: Pflege 2012, 25(4): S. 245–259.
15. **Demling L.** (1983): Ärztliches Handeln im Lichte und im Schatten der Rechtsprechung. In: MedR 1983: S. 207–211.
16. **Dettmeyer R.** (2006): Medizin und Recht – Rechtliche Sicherheit für den Arzt. 2. Auflage. Bonn: Springer.
17. **Dettmeyer R., Madea B.** (1999): Rechtsmedizinische Gutachten in arztstrafrechtlichen Ermittlungsverfahren. In: MedR 12: S. 533–539.
18. **Dettmeyer R., Madea B.** (2003): Sachverständigenrecht, Begutachtungsfragen, Versicherungsmedizin. In: Handbuch gerichtliche Medizin Bd. II., Berlin Heidelberg New York Tokio: Springer: S. 1273–1318.
19. **Dettmeyer R., Madea B.** (2003): Iatrogene Schäden, Behandlungsfehler und Behandlungsfehlerbegutachtung. In: Handbuch gerichtliche Medizin Bd. II., Berlin Heidelberg New York Tokio: Springer: S. 1457–1461.
20. **Dettmeyer R., Preuß J., Madea B.** (2007): Zur Häufigkeit begutachteter letaler Behandlungsfehler in der Rechtsmedizin. In: Medizinschadensfälle und Patientensicherheit. Köln: Dt. Ärzte-Verlag: S. 65–86.
21. **Deutsche Gesellschaft für Innere Medizin** (2011): Struktur und spezifische Merkmale der „Inneren Allgemein“ sowie regionale Versorgung fünf internistischer Schwerpunkte in den Bundesländern Bayern, Berlin und Brandenburg. Einsehbar unter:
<http://www.dgim.de/portals/pdf/stellungnahmen/2011-04-05%20FINAL%20Survey%20Innere%20Med.%20Folgeprojekt.pdf>
Aktualisierungsdatum: 05.04.2011.
22. **Deutsche Stiftung Patientenschutz** (2013): Patientenschützer fordern nationales Register für Behandlungsfehler. Einsehbar unter:
<https://www.stiftung-patientenschutz.de/news/464/174/> vom 15.05.2013.
23. **Diepgen P.** (1949): Geschichte der Medizin, Bd. I., Berlin: De Gruyter: S. 59 ff.

24. **Dörfler H., Eisenmenger W., Lippert H.D., Wandl U.** (2008): Medizinische Gutachten. Heidelberg: Springer.
25. **Eckhardt W.** (1983): Zur rechtsmedizinischen Begutachtung strafrechtlicher Vorwürfe gegen Ärzte und ärztliches Hilfspersonal – Eine Übersicht der Jahre 1978 bis 1981 anhand der Gutachten die vom Institut für Rechtsmedizin der Universität München erstellt wurden. Universität München, Inaugural-Dissertation.
26. **Eisenmenger W.** (2001): Sektionen – überflüssig wie ein Kropf? Dtsch. Med. Wochenschr. 126, 2001: S. 257.
27. **Eisenmenger W., Lippert H.D., Wandl U.** (2008): Grundbegriffe der Begutachtung. In: Medizinische Gutachten. Heidelberg: Springer: S. 21–46.
28. **Eissler M.** (2014): Jeder Behandlungsfehler ist einer zu viel. Ärzteblatt Baden-Württemberg, 06/2014: S. 240.
29. **Erdmann E., Winter U.J.** (1996): Führt die „Verrechtlichung“ in der Medizin zum patientengefährdenden defensiven Denken und zur teuren Absicherungsmedizin? In: Innere Medizin und Recht: Berlin 1996: S. 134–139.
30. **Esser G.** (1983): Ich bin Chirurg mit Hingabe aber ich verlor einen Großteil meiner Freude im Beruf. In: Die Zeit vom 08.04.1983.
31. **Euteneier A.** (2014): Risikomanagement: Umgang mit Regelverstößen. In: Deutsches Ärzteblatt, Jg. 111, Heft 37, 12.09.2014: S. 1504–1506.
32. **Fahner J.C.H.** (1797): Vollständiges System der gerichtlichen Arzneikunde, Bd 2. Stendal: Franzen & Grosse.
33. **Flintrop J.** (2014): Krankenhäuser zwischen Medizin und Ökonomie: Die Suche nach dem richtigen Maß. In: Deutsches Ärzteblatt 2014, Jg. 111, Heft 45, S. 1581.
34. **Frahm W.** (2009): Der Behandlungsfehler im Lichte der Rechtsprechung. In: Der ärztliche Behandlungsfehler – Charakteristik und Begutachtungspraxis, Lübeck: S. 169–174.
35. **Freres M., Walter C.** (2013): Behandlungsfehler im Krankenhaus: Offenlegen – entschuldigen – entschädigen. In: Deutsches Ärzteblatt 04.10.2013, Heft 40, Jg. 110, S. 1602–1604.
36. **Goldmann L., Sayson R., Robbins S., Cohn L.H., Bettmann M., Weisberg M.** (1983): The value of autopsy in 3 medical eras. N. Engl. J. Med. 308, 1983, S. 1000–1005.
37. **Gross R.** (1989): Allgemeines über Fehldiagnosen. Internist 30, 1989, S. 221–223.

38. **Habermann M., Cramer H.** (2010): Pflegefehler, Fehlerkultur und Fehlermanagement in stationären Versorgungseinrichtungen. Bremen, Zentrum für Pflegeforschung und Beratung (ZePB): S. 23, 24. Einsehbar unter: https://www.hs-bremen.de/mam/hsb/fakultaeten/f3/zepb/pflegefehler__fehlerkultur_und_fehlermanagementbericht_des_zentrums_f%C3%BCr_pflege-forschung_und_beratung.pdf Aktualisierungsdatum: 01.08.2013.
39. **Hansis M.L., Hansis D.E.** (2001): Der ärztliche Behandlungsfehler, 2. Aufl. Landsberg: ecomed.
40. **Hansis M.L.** (2006): Begutachtung vorgeworfener ärztlicher Behandlungsfehler – „das gute Gutachten“. In: Med. Sach. 102: S. 10–15.
41. **Hansis M.L., Hart D.** (2001): Medizinische Behandlungsfehler in Deutschland. In: Robert-Koch-Institut (Hrsg). Gesundheitsberichterstattung des Bundes 4. Berlin: Paul Fieck KG: S. 1–15.
42. **Hart D.** (2000): Ärztliche Leitlinien. ZaeFQ 94: S. 65–69.
43. **Helmreich R.L.** (2000): On error management: lessons learnt from aviation. BMJ 2000, 320: S. 781–785.
44. **Imhof M.** (2010): Behandlungsfehler in der Medizin – Was nun? Verborgenes im Arzt-Patienten-Verhältnis. Würzburg: Schulz-Kirchner-Verlag.
45. **Kaufmann W., Fitting W., Lent H.** (1996): Erfahrungen der Gutachterkommission aus ärztlicher Sicht. In: Innere Medizin und Recht. Berlin: Blackwell: S. 173–181.
46. **Khan C., Ollenschläger G.** (2014): Wirksamkeit von Qualitätsprogrammen in der stationären Versorgung in Deutschland – eine Literaturanalyse. Z Evid. Fortbild. Qual. Gesundheitswes. 2014, 108(10): S. 576–586.
47. **Kohn L.T., Corrigan J.M., Donaldson M.S.** (1999): To err is human: building a safer health system. Washington DC: National Academy Press.
48. **Krüger-Brand H., Richter-Kuhlmann E.** (2014): Patientensicherheit: Viel erreicht – viel zu tun. In: Deutsches Ärzteblatt 11.04.2014, Jg. 111, Heft 15, S. 521–524.
49. **Laum H.D.** (2007): Die Behandlungsfehlerbegutachtung bei den Gutachterkommissionen und Schlichtungsstellen der Landesärztekammern. In: Medizinschadensfälle und Patientensicherheit. Köln: Dt. Ärzte-Verlag: S. 89–94.
50. **Levinson W.** (1994): Physician-patient communication. A key to malpractice prevention (Editorial). J. Amer. Med. Ass. 1994, 272: S. 1619–1620.
51. **Lilie H.** (2008): Ärztliche Behandlungsfehler im strafrechtlichen Ermittlungsverfahren. Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen 102: S. 529ff.

52. **Lippert H.D.** (2003): Recht und Ethik in der Medizin. In: Handbuch gerichtliche Medizin Bd. II. Berlin Heidelberg New York Tokio: Springer: S. 1362–1376.
53. **Madea B.** (2009): Behandlungsfehler und Medizinschadensfälle aus rechtsmedizinischer Sicht. In: Der ärztliche Behandlungsfehler – Charakteristik und Begutachtungspraxis, Lübeck: S. 21–40.
54. **Madea B.** (2014): Praxis Rechtsmedizin. Befunderhebung – Rekonstruktion – Begutachtung. Berlin: Springer Verlag, 3. Auflage, S. 367.
55. **Madea B., Brinkmann B.** (2003): Handbuch gerichtliche Medizin Bd. II. Berlin Heidelberg New York Tokio: Springer.
56. **Madea B., Dettmeyer R.** (2006): Behandlungsfehler und Medizinschadensfälle. Nicht nur ein Thema der Rechtsmedizin. In: Rechtsmedizin 16: S. 353–354.
57. **Madea B., Dettmeyer R.** (2007): Medizinschadensfälle und Patientensicherheit: Häufigkeit – Begutachtung – Prophylaxe. Köln: Deutscher Ärzteverlag.
58. **Madea B., Henßge C., Lignitz E.** (1994): Fahrlässige Tötung durch medikamentöse Therapie. In: Rechtsmedizin 4, S. 123–131.
59. **Madea B., Schmidt P.** (1996): Ärztliche Ursachen des Behandlungsfehlers in der Inneren Medizin aus der Sicht des Rechtsmediziners. In: Innere Medizin und Recht. Berlin: Blackwell: S. 72–81.
60. **Madea B., Preuß J., Vennedey C., Dettmeyer R.** (2006): Ausgang strafrechtlicher Ermittlungsverfahren gegen Ärzte wegen Verdachts eines Behandlungsfehlers. In: DMW 2006, 131, S. 2073–2078.
61. **Madea B., Winter U.J., Schwonzen M., Radermacher D.** (1996): Innere Medizin und Recht. Berlin Wien: Blackwell Wissenschaftsverlag.
62. **Mallach H.J., Schlenker G., Weiser A.** (1993): Ärztliche Kunstfehler. Stuttgart: Gustav Fischer Verlag.
63. **MDK** (2014): Behandlungsfehler-Begutachtung der MDK-Gemeinschaft. Jahresstatistik 2013. Einsehbar unter:
http://www.mdk.de/media/pdf/MDK_Bericht_Behandlungsfehler_2013.pdf
Aktualisierungsdatum: 30.04.2014.
64. **Meißner C., Grellner W., Kaatsch H.J.** (Hrsg.) (2009): Der ärztliche Behandlungsfehler – Charakteristik und Begutachtungspraxis. Lübeck: Schmidt-Roemhild Verlag.
65. **Meißner C., Kaatsch H.J.** (2009): Der ärztliche Behandlungsfehler – professionelle Lösungsstrategien. In: Der ärztliche Behandlungsfehler – Charakteristik und Begutachtungspraxis. Lübeck: S. 11–20.
66. **Moßhammer D., Eissler M.** (2014): Welche Fehler machen Hausärzte? Gesundheitswesen 2014, 76: S. 297–302.

67. **Nentwig I.** (2009): Die Rolle der Staatsanwaltschaft bei Verdacht eines Behandlungsfehlers. In: Der ärztliche Behandlungsfehler – Charakteristik und Begutachtungspraxis. Lübeck: S. 145–168.
68. **Neu J.** (2003): Protokoll Arbeitskreis Ärzte und Juristen. Tagung 28.–29.11.2003.
69. **Neumaier R.** (1979): Gutachten des Instituts für Rechtsmedizin zu Kunstfehlerverfahren aus den Jahren 1950 bis 1975. Universität München, Fachbereich Medizin, Dissertation.
70. **Ollenschläger G., Thomeczek C.** (2002): Qualitätsmanagement im Gesundheitswesen: Fehlerprävention und Umgang mit Fehlern in der Medizin. Medizinische Klinik, Vol. 97, S. 564–570.
71. **Osmialowski C.** (2015): Personalmangel im Krankenhaus: Arbeiten auf dem Pulverfass. In: Deutsches Ärzteblatt, 03.04.2015, Jg. 112, Heft 14, S. 2–4.
72. **Osterloh F.** (2015): Pflege in Krankenhäusern: Nachtdienst zum Teil deutlich unterbesetzt. In: Deutsches Ärzteblatt, 13.03.2015, Jg. 112, Heft 11, S. 372.
73. **Preuß J., Dettmeyer R., Madea B.** (2005): Begutachtung behaupteter letaler und nicht letaler Behandlungsfehler im Fach Rechtsmedizin. Bundesweite Multicenterstudie im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit und Soziales (BMGS). Einsehbar unter: <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/redaktion/pdf/publikationen/forschungsberichte/Begutachtung-Behandlungsfehler-Rechtsmedizin.pdf>
Aktualisierungsdatum: 06.07.2005.
74. **Pronovost P. et al.** (2006): An Intervention to Decrease Catheter-Related Bloodstream Infections in the ICU. In: N Engl J Med 28.12.2006; 355: S. 2725–2732.
75. **Protschka J.** (2012): Behandlungsfehler: Die Angst vor der Schuld. In: Deutsches Ärzteblatt, 24.12.2012, Jg. 109, Heft 51–52, S. 2064–2067.
76. **Radbruch G.** (1967): Die Peinliche Gerichtsordnung Kaiser Karls V von 1532 (Carolina). Stuttgart: Reclam-Universal-Bibliothek.
77. **Richter-Kuhlmann E.** (2015): Aktionsbündnis Patientensicherheit: Vorreiter wird Dauerbrenner. In: Deutsches Ärzteblatt, 24.04.2015, Jg. 112, Heft 17, S. 625.
78. **Rosentreter M.** (2012): Der persönliche Umgang mit Fehlern im Krankenhaus – Aspekte der sozialen Wahrnehmung und Patientensicherheit. In: Schmidt KW et al. (Hg): Zum Umgang mit Behandlungsfehlern. (Organisations-)Ethische, rechtliche und psychosoziale Aspekte. Tagungsband der ELSA-Klausurwoche 2012. S. 105–26.
79. **Rothmund M.** (2005): Patientensicherheit – Primum nil nocere. Eröffnungs-Rede des Präsidenten der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie auf dem 122. Deutschen Chirurgenkongress in München, 2005 Einsehbar unter: http://www.egms.de/static/resources/meetings/dgch2005/dgch2005_Praesidentenrede.pdf
Aktualisierungsdatum: 10.05.2005.

80. **Rumler-Detzel P.** (1996): Internistische Behandlungsfehler vor Gericht. In: Innere Medizin und Recht. Berlin: Blackwell: S. 102–110.
81. **Saal C., Hoffmann B., Blauth E., Rohe J., Beyer M., Harder S., Gerlach F.M.** (2009): „Analyse des Behandlungsprozesses bei der oralen Antikoagulationstherapie zur Identifikation von Sicherheitsproblemen in der hausärztlichen Versorgung“. In: Z. Allg. Med. 2009, 85: S. 148–155.
82. **Scheppokat K.D., Held K.**: Ergebnisse von 903 Schlichtungsverfahren in der Inneren Medizin. In: DMW 2002, 127. Jg., Nr. 6, S. 253–259.
83. **Schewe G.** (1996): Grundlinien des ärztlichen Haftungsrechts aus ärztlicher Sicht. In: Innere Medizin und Recht. Berlin: Blackwell: S. 9.
84. **Schiffer B.** (2009): Was leistet der Haftpflichtversicherer für den Behandlungsfehler? In: Der ärztliche Behandlungsfehler – Charakteristik und Begutachtungspraxis. Lübeck: S. 135–144.
85. **Schmitz M.** (2012): Rechtsmedizinische Begutachtung als Grundlage verbesserter Patientensicherheit. Analyse bestätigter Behandlungsfehler in den Instituten für Rechtsmedizin Bonn und Düsseldorf 1990–2006 (2008). Einsehbar unter: <http://hss.ulb.uni-bonn.de/2012/3023/3023.pdf> Aktualisierungsdatum: 16.10.2012.
86. **Schrapppe M., Lessing C.** (2007): Zur Häufigkeit von Medizinschadensfällen. In: Medizinschadensfälle und Patientensicherheit. Köln: Dt. Ärzte-Verlag: S. 21–32.
87. **Schratzenstaller U.** (1994): Gutachten zu ärztlichen Behandlungsfehlern. Universität München, Fachbereich Medizin, Dissertation.
88. **Seehafer W.** (1991): Der Arzthaftungsprozeß in der Praxis. MedR. 1991.
89. **Shafy S.** (2008): Kranke Heiler. DER SPIEGEL 43/2008. S. 160–162.
90. **Van der Sloot E.** (2009): Critical Incident Reportingsysteme im UK S-H. In: Der ärztliche Behandlungsfehler – Charakteristik und Begutachtungspraxis. Lübeck: S. 107–112.
91. **Spencer F.C.** (2000): Human Error in Hospitals and Industrial Accidents: Current Concepts. In: J. am. Coll. Surg., 191, No 4, S. 410–418.
92. **Spiro T.C.** (1982): Ärztliche Kunstfehler – Ein Beitrag zur Gutachtenstätigkeit des Instituts für Rechtsmedizin. Universität München, Inaugural-Dissertation.
93. **Statistisches Bundesamt** (2013): Pflegestatistik 2011. Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung. Deutschlandergebnisse. Einsehbar unter: https://www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/Gesundheit/Pflege/PflegeDeutschlandergergebnisse5224001119004.pdf?__blob=publicationFile Aktualisierungsdatum: 27.03.2013.
94. **Steffen E.** (1996): Arzt und Krankenpflege – Konfliktfelder und Kompetenzen. MedR.: S. 265–266.

95. **Studdert D.M., Mello M.M., Gawande A.A., Brennan T.A., Wang Y.C.** (2007): Disclosure of medical injury to patients. An improbable risk management study. In: Health Affairs. 26(1): S. 215–226.
96. **Thomeczek C.** (2009): „Unerwünschte Ereignisse“ als Teil eines Riskmanagements. In: Der ärztliche Behandlungsfehler – Charakteristik und Begutachtungspraxis. Lübeck: S. 103 f.
97. **Thomsen H.** (2009): Regelung von Medizinschäden in der gesetzlichen Krankenversicherung. In: Der ärztliche Behandlungsfehler – Charakteristik und Begutachtungspraxis. Lübeck: S. 118.
98. **Ulsenheimer K.** (1987): Ein gefährlicher Beruf: Strafverfahren gegen Ärzte. In: MedR 5: S. 207–216.
99. **Ulsenheimer K.** (1997): Neue Wege zur Organisation der Verantwortungsbereiche ärztlicher und pflegerischer Tätigkeit. In: Das Krankenhaus 1: S. 22–26.
100. **Ulsenheimer K.** (2007): Riskmanagement als Schadensprophylaxe aus der Sicht des Juristen. In: Medizinschadensfälle und Patientensicherheit. Köln: Dt. Ärzte-Verl.: S. 183–194.
101. **De Ville K.** (1998): Medical malpractice in twentieth century United States. The interaction of technology, law and culture. In: Int. J. Technol. Assess. Health Care. 14: S. 197–211.
102. **Weidinger P.** (2007): Behandlungsfehlervorwürfe und Regulierungspraxis der Haftpflichtversicherer. In: Medizinschadensfälle und Patientensicherheit. Köln: Dt. Ärzte-Verl.: S. 39–52.
103. **Weltlich H., Beck L., Smentkowski U.** (1999): Begutachtung, Fortbildung, Qualitätssicherung und Patientenschutz. Tätigkeitsbericht der Gutachterkommission Nordrhein für den Zeitraum vom 1.10.97 bis 30.9.98. Rheinisches Ärzteblatt 2: S. 16–21.
104. **Wulfert E.** (2013): Schlichtung bei Behandlungsfehlern: Deutlich mehr Anträge im Jahr 2012. In: Deutsches Ärzteblatt, 28.06.2013, Jg. 110, Heft 26, S. 1123.
105. **Zacchia P.** (1737): Quaestionum Medico – Legalium cura. Venetiis: Viezzeri.

9. Anhang

9.1. Datenerhebungsbögen

9.1.1. Gutachten

Erhebung	Legende
A Gutachtennummer	
B weitere Gutachten in diesem Fall	1
	2
	3
C ist dieses Gutachten ein Folgegutachten?	1: ja
	2: nein
D Aktenzeichen	
E Gericht	
F Sektion	1: ja
	2: nein
G Sektionsnummer	
H Zivil-/Strafrecht	1: Zivilrecht
	2: Strafrecht
I Datum Gutachten 1	
J Datum 2 (Folgegutachten)	
K Datum 3 (Folgegutachten)	
L Datum der Sektion	
M Datum Schreiben der Staatsanwaltschaft/Gericht	
N Datum des 1. Vorfalls	
O Datum Abschluss des Verfahrens	
P Dauer Vorgang (Zeitpunkt 1. Vorfall bis Abschluss Verfahren)	
Q Dauer 1. Vorfall bis Erstkontakt Rechtsmedizin	
R Geburtsdatum Patient	
S Geschlecht Patient	1: männlich
	2: weiblich
	3: keine Angabe
T Anzahl Beschuldigter	

Erhebung	Legende
U Fachgebiet Beschuldigter 1	1: Allgemeinmedizin
	2: Innere Medizin
	3: Gastroenterologie
	4: Kardiologie
	5: Angiologie
	6: Nephrologie
	7: Pneumologie
	8: Rheumatologie
	9: Chirurgie
	10: Psychiatrie
	11: Gynäkologie
	12: Orthopädie
	13: Anästhesie
	14: Neurologie
	15: Radiologie
	16: nicht-ärztl. med. Personal Krankenhaus
	17: nicht-ärztl. med. Personal Alten-/Pflegeheim
	18: nicht-ärztl. med. Personal ambulante Pflege zu Hause
	19: Arzthelferin
	20: Rettungssanitäter
	21: Fußpflegerin
	22: keine Angabe
V Fachgebiet Beschuldigter 2	siehe U
W Fachgebiet Beschuldigter 3	siehe U
X Beschuldigter 1	1: angestellt
	2: niedergelassen
Y Beschuldigter 2	siehe X
Z Beschuldigter 3	siehe X
AA Situation in der sich der Vorfall ereignete. Beschuldigter 1	1: ambulant
	2: stationär
	3: Bereitschaftsdienst
	4: Krankenhaus
	5: Alten-/Pflegeheim
	6: ambulante Pflege zu Hause
	7: keine Angabe
AB Situation Beschuldigter 2	siehe AA
AC Situation Beschuldigter 3	siehe AA

Erhebung	Legende
AD Position Beschuldigter 1	1: Chefarzt
	2: Oberarzt
	3: Assistenzarzt
	4: Bereitschaftsarzt
	5: Altenpfleger-/in
	6: Krankenpfleger-/in
	7: Pflegepraktikant-/in
	8: Krankenpflegehelfer-/in
	9: Stationsleiter-/in
	10: Wohnbereichsleiter-/in
	11: Pflegedienstleiter-/in
	12: Heimleiter-/in
AE Position Beschuldigter 2	siehe AD
AF Position Beschuldigter 3	siehe AD
AG höchster Titel Beschuldigter 1	1: Professor
	2: Doktor
	3: kein Titel
AH höchster Titel Beschuldigter 2	siehe AG
AI höchster Titel Beschuldigter 3	siehe AG
AJ Geschlecht Beschuldigter 1	1: männlich
	2: weiblich
	3: keine Angabe
AK Geschlecht Beschuldigter 2	siehe AJ
AL Geschlecht Beschuldigter 3	siehe AJ
AM Geburtsdatum Beschuldigter 1	9: keine Angabe
AN Geburtsdatum Beschuldigter 2	siehe AM
AO Geburtsdatum Beschuldigter 3	siehe AM
AP Name Krankenhaus, Pflegeheim, amb. Pflegedienst. Beschuldigter 1	
AQ Name Einrichtung. Beschuldigter 2	
AR Name Einrichtung. Beschuldigter 3	
AS Station Beschuldigter 1	9: keine Angabe
AT Station Beschuldigter 2	
AU Station Beschuldigter 3	

Erhebung	Legende
AV Versorgungsstufe Krankenhaus Beschuldigter 1	I: Krankenhaus der Grund-u. Regelversorgung
	II: Krankenhaus der Schwerpunktversorgung
	III: Krankenhaus der Maximalversorgung
	IV: keine Versorgungsstufe, sondern Fachkrankenhaus
AW Versorgungsstufe Krankenhaus Beschuldigter 2	siehe AV
AX Versorgungsstufe Krankenhaus Beschuldigter 3	siehe AV
AY Träger Krankenhaus u. Pflegedienst Beschuldigter 1	1: öffentlich
	2: frei gemeinnützig
	3: privat
	4: Universität
AZ Träger Krankenhaus u. Pflegedienst Beschuldigter 2	siehe AY
BA Träger Krankenhaus u. Pflegedienst Beschuldigter 3	siehe AY
BB Falldarstellung	Text
BC behauptete Behandlungsfehler gegen betroffenen Arzt 1	1: Aufklärung
	2: fehlerhafte Befunderhebung mit Fehldiagnose und entsprechend falscher Therapie
	3: fehlerhafte Durchführung Behandlung
	4: sonstiges Unterlassen med. gebotener Maßnahmen
	5: fehlerhafte Medikation
	6: nicht konkret
	7: Indikation Behandlung
	8: keine oder verspätete Krankenhauseinweisung
	9: fehlerhafte Injektion/Transfusion/Blutabnahme
	10: unterlassene Diagnostik
	11: unzureichende Erkennung, Therapie einer Komplikation nach einer Behandlung
	12: unzureichende Überwachung
BD behauptete Behandlungsfehler gegen betroffenen Arzt 2	siehe BC
BE behauptete Behandlungsfehler gegen betroffenen Arzt 3	siehe BC

Erhebung	Legende
BF behauptete Pflegefehler gegen nicht- ärztl. med. Personal. Person 1	1: Pflegekraft informiert nicht rechtzeitig einen Arzt
	2: Dekubitus durch fehlerhaftes Lagern oder durch unzureichende Versorgung
	3: Unterlassen allgemeiner Krankenbeobachtung
	4: mangelhafte Pflegedokumentation, Organisationsmängel
	5: Fehler bei Körperpflege, Nichteinhalten von Hygienevorschriften
	6: Medikamentensicherheit
	7: Fehler bei Anwendung, Bedienung u. Kontrolle von Medizinprodukten u. medizinisch technischen Geräten
	8: Dehydration durch zu wenig Flüssigkeit
	9: Mangelernährung
	10: Blutergüsse, Brüche oder sonstige Verletzungen durch fehlerhafte grundpflegerische Versorgung
	11: keine ausreichende Mobilisierung
	12: körperliche Gewaltanwendung
	13: fehlerhaftes Schmerzmanagement
	14: falsche Versorgung von chronischen Wunden
	15: Vernachlässigung von Pflegebedürftigen
	16: nicht legitimierte Zwangsmaßnahmen der Pflege
	17: unterlassene Hilfeleistung
	18: fehlerhafte Injektion/Blutentnahme
	19: Pflegeversäumnis nicht konkretisiert
BG behauptete Pflegefehler gegen nicht- ärztl. med. Personal. Person 2	siehe BF
BH behauptete Pflegefehler gegen nicht- ärztl. med. Personal. Person 3	siehe BF
BI zu prüfende Sachverhalte	1: fahrlässige Körperverletzung
	2: fahrlässige Tötung
	3: fahrlässige Körperverletzung und fahrlässige Tötung
BJ rechtsmedizinische Beurteilung behaupteter Behandlungsfehler bei betroffenem Arzt 1	1-12: siehe BC
	13: kein Fehler
	14: Fehler nicht sicher
BK rechtsmedizinische Beurteilung behaupteter Behandlungsfehler bei betroffenem Arzt 2	siehe BJ

Erhebung	Legende
BL rechtsmedizinische Beurteilung behaupteter Behandlungsfehler bei betroffenem Arzt 3	siehe BJ
BM rechtsmedizinische Beurteilung behaupteter Pflegefehler bei nicht-ärztl. med. Personal. Person 1	1-19: siehe BF
	20: kein Fehler
	21: Fehler nicht sicher
BN rechtsmedizinische Beurteilung behaupteter Pflegefehler bei nicht-ärztl. med. Personal. Person 2	siehe BM
BO rechtsmedizinische Beurteilung behaupteter Pflegefehler bei nicht-ärztl. med. Personal. Person 3	siehe BM
BP Beurteilung des Handelns von Person 1 durch die Rechtsmediziner	1: kein Verstoß gegen Regeln der ärztlichen Kunst
	2: Vorwurf rechtsmedizinisch nicht sicher zu klären
	3: Verstoß gegen Regeln der ärztlichen Kunst lag vor, dieser war aber nicht kausal für den negativen Erfolg
	4: Verstoß gegen Regeln der ärztlichen Kunst lag vor, dessen Kausalität für den negativen Erfolg ist aber nicht mit der im Strafprozess erforderlichen Sicherheit nachzuweisen
	5: Verstoß gegen Regeln der ärztlichen Kunst lag vor, dieser war auch kausal für den negativen Erfolg
BQ Beurteilung des Handelns von Person 2 durch die Rechtsmediziner	siehe BM
BR Beurteilung des Handelns von Person 3 durch die Rechtsmediziner	siehe BM
BS Fachbereich der bei Beurteilung vorliegenden weiteren Gutachten	1: Endokrinologie
	2: Dermatologie
	3: Innere Medizin
	4: Radiologie
	5: andere Rechtsmedizin
	6: Allgemeinmedizin
	7: Hämatologie
	8: Neurologie
	9: Neuropathologie
	10: Radioonkologie

Erhebung	Legende	
BT werden weitere Gutachten empfohlen?	1: ja	
	2: nein	
BU Fachbereich der empfohlenen Gutachten	1: Gastroenterologie	
	2: Kardiologie	
	3: Hämatologie	
	4: Tropenmedizin	
	5: Anästhesie	
	6: Neurologie	
	7: Gerontopsychiatrie	
BV Ausgang des Verfahrens	1: schuldig/Strafbefehl	
	2: Einstellung gegen Auflage gem. § 153 a Abs. II StPO	
	3: Einstellung gem. § 170 Abs. 2 StPO	
	4: unbekannt	
BW Strafmaß		
BX geeignet für Kasuistik	1: ja	
	2: nein	
BY Beschuldigter explizit genannt	1: ja	
	2: nein	
BZ Anlass des Verfahrens	1: Staatsanwaltschaft nach § 159 StPO	18: Fußpflegerin
		19: Rettungssanitäter
	2: betroffener Patient selbst	20: Arzt
		21: Betreuer
	3: Eltern	22: Sozialdienst KH
	4: Mutter	23: MDK
	5: Tochter	24: Pflegekraft
	6: Sohn	25: Verwaltung Altenheim
	7: Bruder	26: Pflegedienst
	8: Schwester	
	9: Cousine	
	10: Ehefrau	
	11: Ehemann	
	12: Lebensgefährte/in	
	13: Angehörige allgemein	
	14: anonyme Anzeige	
	15: Bekannte	
	16: Freundin	
	17: Nachbarin	

9.1.2 Gerichtliche Leichenöffnungen

Sektionen aufgrund des Verdachts eines ärztlichen/pflegerischen Fehlverhaltens

Erhebung		Legende	
A	Sektionsnummer		
B	Sektion		
C	Datum des Auftrags der StA		
D	Aktenzeichen		
E	Gericht		
F	Eingangsfragestellung		
G	Geschlecht des Patienten	1: männlich	
		2: weiblich	
H	Geburtsdatum des Patienten		
I	Frage nach Behandlungsfehler?	1: ja	
		2: nein	
J	Falldarstellung		
K	Todesursache		
L	konnte ein Behandlungsfehler schon durch Obduktion entkräftet werden?	1: ja	
		2: nein	
M	wird am Ende der Obduktion auf einen möglichen Behandlungsfehler hingewiesen?	1: ja	
		2: nein	
N	Vorschlag der Rechtsmedizin nach Sektion unter Einbeziehung aller Krankenblatt-Unterlagen ein Gutachten zu erstellen	1: ja	
		2: nein	
O	welche Fachrichtung ist/wäre betroffen?	1: Allgemeinmedizin	
		2: Innere Medizin	
		3: Gastroenterologie	
		4: Kardiologie	
		5: nicht-ärztliches medizinisches Personal	
P	Fallgruppe des zu untersuchenden Fehlverhaltens des nicht-ärztl. med. Personals. Person 1	1: unzureichende Überwachung	8: nicht konkret
		2: Vernachlässigung	
		3: Fehler bei Körperpflege	
		4: Verletzung bei Körperpflege	
		5: fehlerhafte Dekubitusbehandlung	
		6: Medikamentensicherheit	
		7: Versäumnis Arzt einzuschalten	

Erhebung	Legende
Q Fallgruppe des zu untersuchenden Fehlverhaltens des nicht-ärztl. med. Personals. Person 2	siehe P
R Fallgruppe des zu untersuchenden Fehlverhaltens des nicht-ärztl. med. Personals. Person 3	siehe P
S Fallgruppe des zu untersuchenden Fehlverhaltens von Ärzten. Arzt 1	1: fehlerhafte Befunderhebung/Fehldiagnose mit entsprechend falscher Therapie
	2: keine/verspätete Krankenhauseinweisung
	3: fehlerhafte Medikation
	4: fehlerhafte Durchführung Herzkatheter
	5: fehlerhafte Durchführung Koloskopie
	6: fehlerhafte Durchführung Gastroskopie
	7: fehlerhafte Durchführung ERCP
	8: fehlerhaftes Legen einer Magensonde
	9: fehlerhafte Punktion
	10: sonstige fehlerhafte Durchführung einer Behandlung
	11: Unterlassen medizinisch gebotener Maßnahmen
	12: fehlerhafte Injektion/Transfusion
	13: unzureichende Erkennung/Therapie einer Komplikation nach Behandlung
	14: nicht konkret
T Fallgruppe des zu untersuchenden Fehlverhaltens von Ärzten. Arzt 2	siehe S
U Fallgruppe des zu untersuchenden Fehlverhaltens von Ärzten. Arzt 3	siehe S

9.2. Tabellen und Abbildungen

Tabellen und Abbildungen mit der Kennzeichnung „A“ enthalten ausschließlich Daten aus den Jahren 2000–2007. Dagegen enthalten die Tabellen 1a bis 5a mit Kennzeichnung „a“ am Ende dieses Kapitels auch Daten aus früheren Dissertationen.

Tabelle 1A: Anzahl der Fälle mit und ohne Sektion

Fälle mit Sektion	152
Fälle ohne Sektion	95
Fälle insgesamt	247

Tabelle 2A: Anzahl der Erstgutachten pro Jahr
(Jahr = Datum Erstgutachten Rechtsmedizin)

Jahr	n
2000	32
2001	21
2002	28
2003	33
2004	40
2005	33
2006	25
2007	35
Summe	247

Tabelle 3A: Anzahl der rechtsmedizinischen Gutachten pro Fall

Zahl der Gutachten pro Fall	Anzahl der Fälle	Gesamtzahl Gutachten
1	218	218
2	24	48
3	2	6
4	1	4
6	2	12
Gesamt	247	288

Tabelle 4A: Den Rechtsmedizinern vorliegende Zusatzgutachten bei Gutachtenerstellung

Fachrichtung der Zusatzgutachten	Fachrichtung der zu bearbeitenden Fälle			Summe
	Innere Medizin	Allgemeinmedizin/HA	nicht-ärztl. med. Personal	
Endokrinologie	0	1	0	1
Dermatologie	0	1	0	1
Innere Medizin	1	1	0	2
Radiologie	1	1	0	2
andere Rechtsmedizin	4	0	1	5
Allgemeinmedizin	0	0	1	1
Hämatologie	2	0	0	2
Neurologie	0	1	0	1
Neuropathologie	1	0	0	1
Radioonkologie	1	0	0	1
Summe	10	5	2	17

Bei 12 Fällen lagen insgesamt 17 Zusatzgutachten vor.

1 Fall mit 2 Zusatzgutachten.

2 Fälle mit je 3 Zusatzgutachten.

Tabelle 5A: Von den Rechtsmedizinern empfohlene Fachgutachten

Fachrichtung der empfohlenen GA	Fachrichtung der zu bearbeitenden Fälle			Summe
	Innere Medizin	Allgemeinmedizin	nicht-ärztl. med. Personal	
Gastroenterologie	1	0	0	1
Kardiologie	1	0	0	1
Hämatologie	1	0	0	1
Tropenmedizin	0	1	0	1
Anästhesie	3	0	0	3
Neurologie	0	2	0	2
Gerontopsychiatrie	0	1	0	1
Summe	6	4	0	10

Von den 10 empfohlenen Fachgutachten sind 7 tatsächlich erstellt worden.

Tabelle 6A: Fachrichtung der Adressaten der Behandlungsfehlervorwürfe

Fachrichtung	alle Beschuldigten		Hauptbeschuldigte		Mitbeschuldigte	
	n	%	n	%	n	%
Innere Medizin	102	29,7%	76	30,8%	26	27,1%
Gastroenterologie	17	5,0%	15	6,1%	2	2,1%
Kardiologie	12	3,5%	10	4,0%	2	2,1%
Angiologie	2	0,6%	2	0,8%	0	0,0%
Nephrologie	1	0,3%	1	0,4%	0	0,0%
Pneumologie	2	0,6%	2	0,8%	0	0,0%
Rheumatologie	1	0,3%	0	0,0%	1	1,0%
Allgemeinmedizin	86	25,1%	74	30,0%	12	12,5%
nicht-ärztl. med. Personal	98	28,6%	67	27,1%	31	32,3%
Chirurgie	14	4,1%	0	0,0%	14	14,6%
Psychiatrie	2	0,6%	0	0,0%	2	2,1%
Gynäkologie	2	0,6%	0	0,0%	2	2,1%
Orthopädie	1	0,3%	0	0,0%	1	1,0%
Anästhesie	1	0,3%	0	0,0%	1	1,0%
Neurologie	1	0,3%	0	0,0%	1	1,0%
Radiologie	1	0,3%	0	0,0%	1	1,0%
Summe	343	100,0%	247	100,0%	96	100,0%

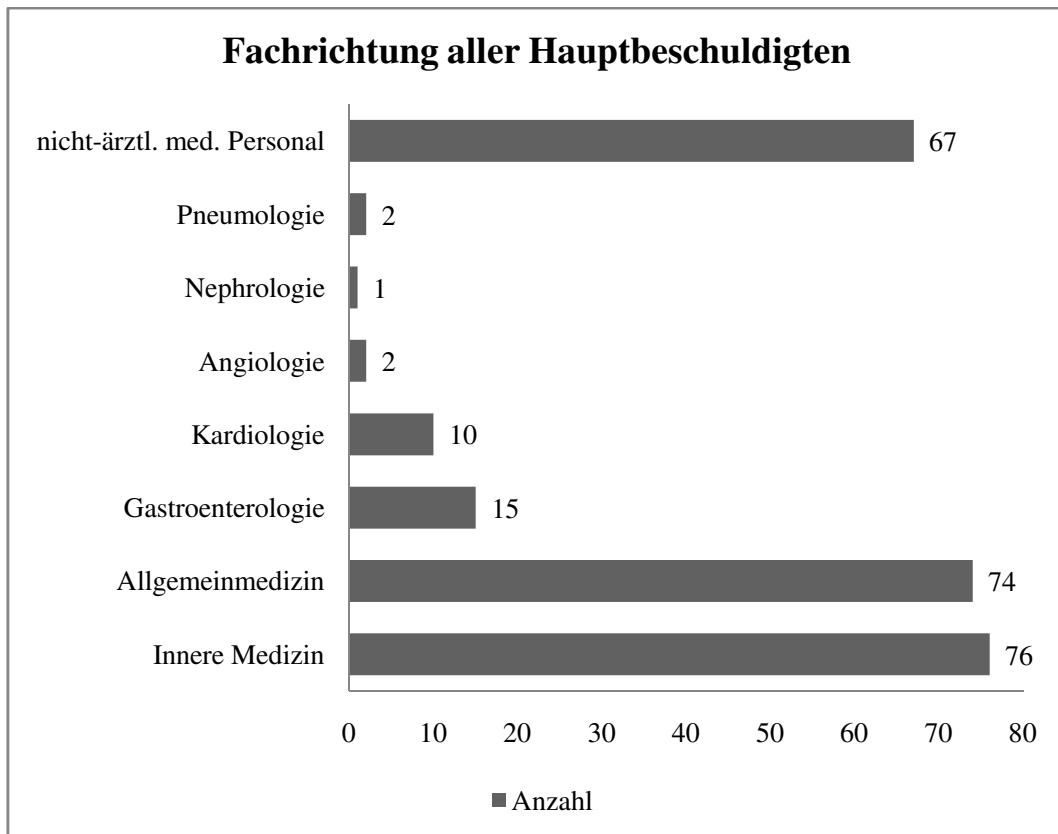


Abb. 1A

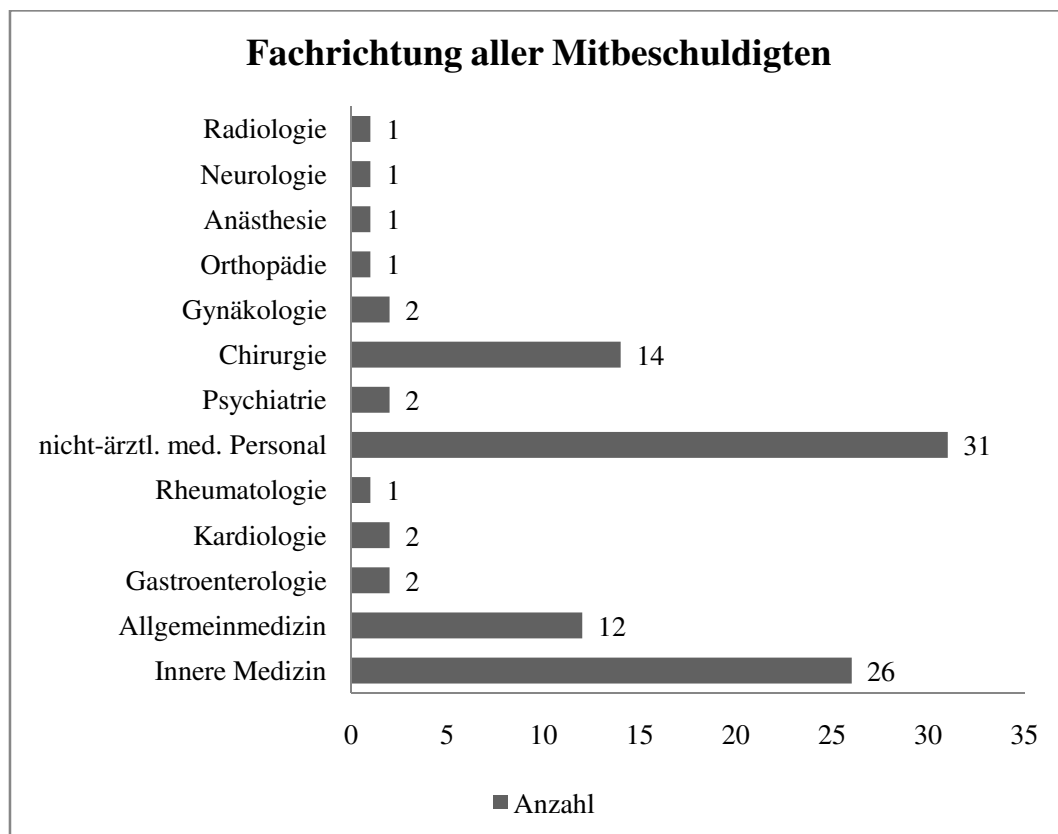


Abb. 2A

Tabelle 7A: Fachrichtung der Beschuldigten, wenn in einem Fall mehr als eine Person betroffen war

Fachrichtung	Innere Medizin	Allgemeinmedizin	nicht-ärztl. med. Pers.	Gastroenterologie	Kardiologie	Rheumatologie	Summe
Innere Medizin	8	8	16	0	0	0	32
nicht-ärztl. med. Pers.	16	19	8	0	1	1	45
Allgemeinmedizin	8	3	19	1	0	0	31
Chirurgie	8	2	8	0	0	0	18
Anästhesie	1	0	0	0	0	0	1
Psychiatrie	1	1	0	0	0	0	2
Gynäkologie	0	1	1	0	0	0	2
Gastroenterologie	0	1	0	1	0	0	2
Neurologie	0	1	1	0	0	0	2
Radiologie	0	1	0	0	0	0	1
Rheumatologie	0	0	1	0	0	0	1
Orthopädie	0	0	1	0	0	0	1
Kardiologie	0	0	1	0	2	0	3

Tabelle 8A: Dauer verschiedener Vorgänge der Verfahren

Vorgang	Dauer in Tagen		
	Mittelwert	Maximalwert	Minimalwert
A	641	5189	49
B	199	5069	0
C	437	3351	16

A = Dauer 1. Vorfall bis Abschluss des Verfahrens in Tagen

B = Dauer 1. Vorfall bis Erstkontakt Rechtsmedizin in Tagen

C = Dauer Erstkontakt Rechtsmedizin bis Abschluss des Verfahrens in Tagen

Erstkontakt: Sektion bzw. Anschreiben des Gerichts

Abschluss Verfahren: Endgutachten Rechtsmedizin bzw. Gerichtsurteil

247 Fälle insgesamt

A: 214 Fälle auswertbar

B: 223 Fälle auswertbar

C: 235 Fälle auswertbar

Tabelle 9A: Definierter Zeitraum vom 1. Vorfall eines unerwünschten Ereignisses bis zum Erstkontakt mit der Rechtsmedizin, bezogen auf das Vorliegen einer Sektion

Vorgang	Dauer in Tagen			Anzahl
	Mittelwert	Maximalwert	Minimalwert	
mit Sektion	58	2190	0	152
ohne Sektion	500	5069	49	71

Der Zeitraum vom ersten Vorfall bis zum Erstkontakt mit der Rechtsmedizin verlängert sich ohne Sektion um das 9-Fache.

Tabelle 10A: Rechtsmedizinische Beurteilung des Handelns aller Haupt- u. Mitbeschuldigten, bezogen auf die verschiedenen Fachrichtungen

Fachrichtung	Beurteilung										Summe
	A		B		C		D		E		
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	
Allgemein- medizin	42	48,8%	8	9,3%	4	4,7%	22	25,6%	10	11,6%	86
Innere Medizin	65	63,7%	7	6,9%	1	1,0%	20	19,6%	9	8,8%	102
Kardiologie	10	83,3%	1	8,3%	0	0,0%	1	8,3%	0	0,0%	12
Gastro- enterologie	8	47,1%	5	29,4%	0	0,0%	2	11,8%	2	11,8%	17
Angiologie	2	100%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	2
Nephrologie	1	100%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	1
Pneumologie	2	100%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	2
Rheuma- tologie	0	0,0%	1	100%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	1
nicht-ärztl. med. Personal	45	45,9%	12	12,2%	7	7,1%	16	16,3%	18	18,4%	98
Sonstige	14	63,6%	4	18,2%	0	0,0%	3	13,6%	1	0,0%	22
Summe	189	55,1%	38	11,1%	12	3,5%	64	18,7%	40	11,7%	343

Sonstige: Chirurgie, Psychiatrie, Gynäkologie, Orthopädie, Anästhesie, Neurologie und Radiologie.

Tabelle 11A: Rechtsmedizinische Beurteilung des Handelns der Hauptbeschuldigten, bezogen auf die verschiedenen Fachrichtungen

Fachrichtung	Beurteilung										Summe
	A		B		C		D		E		
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	
Innere Medizin	52	68,4%	4	5,3%	1	1,3%	14	18,4%	5	6,6%	76
Allgemein- medizin	39	52,7%	6	8,1%	2	2,7%	19	25,7%	8	10,8%	74
Kardiologie	9	90,0%	0	0,0%	0	0,0%	1	10,0%	0	0,0%	10
Gastro- enterologie	7	46,7%	4	26,7%	0	0,0%	2	13,3%	2	13,3%	15
Angiologie	2	100%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	2
Nephrologie	1	100%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	1
Pneumologie	2	100%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	2
nicht-ärztl. med. Personal	33	49,3%	9	13,4%	4	6,0%	8	11,9%	13	19,4%	67
Summe	145	58,7%	23	9,3%	7	2,8%	44	17,8%	28	11,3%	247

Tabelle 12A: Durchgeführte Sektionen bezogen auf die Fachrichtung der Hauptbeschuldigten

Fachrichtung	mit Sektion		ohne Sektion		Summe
	n	%	n	%	n
Innere Medizin	51	67,1%	25	32,9%	76
Allgemeinmedizin	49	66,2%	25	33,8%	74
Gastroenterologie	13	86,7%	2	13,3%	15
Kardiologie	9	90,0%	1	10,0%	10
Angiologie	1	50,0%	1	50,0%	2
Nephrologie	0	0,0%	1	100,0%	1
Pneumologie	1	50,0%	1	50,0%	2
nicht-ärztl. med. Personal	28	41,8%	39	58,2%	67
Gesamt	152	61,5%	95	38,5%	247

Tabelle 13A: Rechtsmedizinische Beurteilung aller 247 Fälle, bezogen auf die Verdachtsmomente fahrlässige Körperverletzung = FKV und fahrlässige Tötung = FT und auf das Vorliegen einer Sektion

		Beurteilung					Summe
		A	B	C	D	E	
Innere Medizin							
mit Sektion	FKV	1	0	0	0	0	1
	FT	50	6	0	13	3	72
	FKV+FT	1	0	0	1	0	2
ohne Sektion	FKV	10	1	1	2	2	16
	FT	9	1	0	1	2	13
	FKV+FT	2	0	0	0	0	2
Allgemeinmedizin							
mit Sektion	FKV	3	1	1	0	0	5
	FT	20	3	0	16	4	43
	FKV+FT	1	0	0	0	0	1
ohne Sektion	FKV	8	0	0	2	4	14
	FT	7	2	1	1	0	11
	FKV+FT	0	0	0	0	0	0
nicht-ärztl. med. Personal							
mit Sektion	FKV	0	0	0	1	3	4
	FT	17	2	0	0	3	22
	FKV+FT	0	0	0	0	2	2
ohne Sektion	FKV	10	4	3	2	5	24
	FT	6	2	1	5	0	14
	FKV+FT	0	1	0	0	0	1

Tabelle 14A: Schuldsprüche gegen Personen mit rechtsmedizinisch erkanntem kausalen Behandlungsfehler

Fachrichtung	Summe E	Urteil			
		schuldig u. Einstellung gegen Auflage		unbekannt	
	n	n	%	n	%
nicht-ärztl. med. Personal	18	6	33,3%	8	44,4%
Innere Medizin	11	5	45,5%	3	27,3%
Allgemeinmedizin	10	7	70,0%	2	20,0%
Sonstige	1	1	100%	0	0%
Summe	40	19	47,5%	13	32,5%

Ein Allgemeinmediziner wurde vom Gericht zusätzlich zu einer Geldstrafe verurteilt, nachdem ein möglicher Behandlungsfehler rechtsmedizinisch nicht sicher zu klären war.

Tabelle 15A: Gerichtsurteile gegen alle Haupt- und Mitangeklagten

			Urteil			
Fachrichtung		Bewertung mit E	Einstellung	Einstellung gegen Auflage	schuldig	unbekannt
Innere Medizin	Mitangeklagte	4	2	2	0	0
	Haupt-angeklagte	7	1	2	1	3
Allgemeinmedizin	Mitangeklagte	2	1	0	0	1
	Haupt-angeklagte	8	0	3	4	1
nicht-ärztl. med. Personal	Mitangeklagte	5	2	0	1	2
	Haupt-angeklagte	13	2	0	5	6
Summe	n	39	8	7	11	13
	%	100%	20,5%	17,9%	28,2%	33,3%

Ein mitangeklagter Chirurg wurde rechtsmedizinisch ebenfalls eines kausalen Behandlungsfehlers überführt. Dieser Chirurg wurde vom Gericht schuldig gesprochen.

Ein Allgemeinmediziner (Arzt für Naturheilverfahren) wurde vom Gericht verurteilt, nachdem ein Behandlungsfehler rechtsmedizinisch nicht sicher festgestellt werden konnte.

Tabelle 16A: Gerichtsurteile gegen Angeklagte des nicht-ärztlichen medizinischen Personals

nicht-ärztl. med. Personal	Urteil				Summe
	schuldig	Einstellung gegen Auflage	Einstellung	unbekannt	
Alten-/Pflegeheim	3	0	4	5	12
Krankenhaus	1	0	0	0	1
ambulanter Pflegedienst	2	0	0	0	2
Arzthelferin	0	0	0	3	3

Tabelle 17A: Gerichtsurteile gegen alle Angeklagten pro Jahr

Jahr	Urteil				Summe
	schuldig	Einstellung gegen Auflage	Einstellung	unbekannt	
2000	2	2	3	0	7
2001	0	2	0	3	5
2002	0	0	0	3	3
2003	1	0	0	2	3
2004	6	0	0	0	6
2005	2	1	3	3	9
2006	0	0	2	0	2
2007	1	2	0	2	5
Summe	12	7	8	13	40

Ohne Berücksichtigung des chirurgischen Falles.

Tabelle 18A: Gerichtsurteile gegen alle Angeklagten, bezogen auf die Verdachtsmomente fahrlässige Körperverletzung und fahrlässige Tötung

Verdachts- moment	Urteil				Summe
	schuldig	Einstellung gegen Auflage	Einstellung	unbekannt	
FKV	5	1	6	8	20
FT	5	6	2	5	18
FKV + FT	2	0	0	0	2
Summe	12	7	8	13	40

Ohne Berücksichtigung des chirurgischen Falles.

Tabelle 19A: Alter der Beschuldigten zum Zeitpunkt des ersten Vorfalls

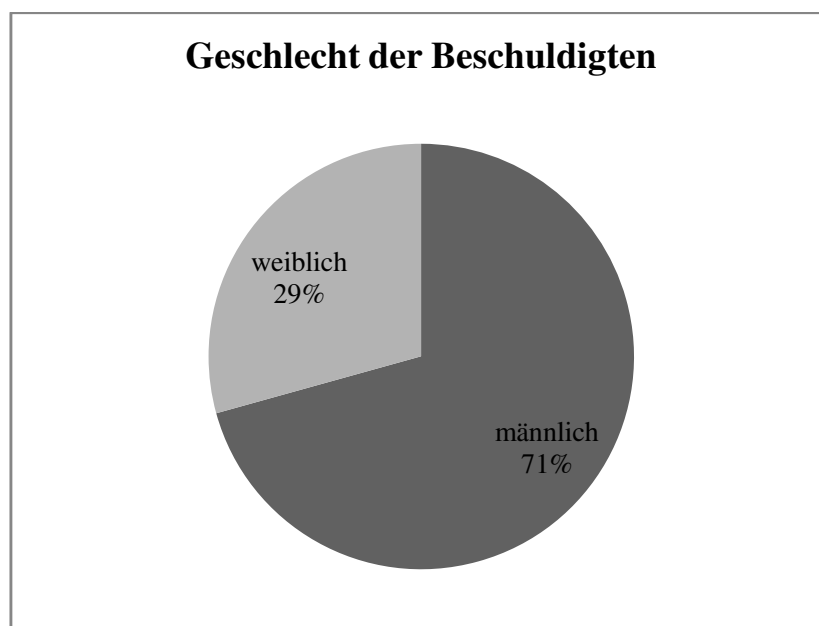
Alter	Anzahl
0-20	1
21-25	1
26-30	3
31-35	7
36-40	8
41-45	12
46-50	9
51-55	14
56-60	15
61-65	2
66-70	2
71-75	0
76-80	1
Summe	75

Tabelle 20A: Auswertbare Fälle, bezogen auf das Alter der Beschuldigten

Fachrichtung	Beschuldigte		
	gesamt	auswertbar	
		Hauptbeschuldigte	Mitbeschuldigte
Innere Medizin	137	16	3
Allgemeinmedizin	86	22	2
nicht-ärztl. med. Personal	98	21	11

Tabelle 21A: Alter der Beschuldigten, bezogen auf deren Fachrichtung

Beschuldigte	Fachrichtung	Anzahl	Alter		
			Mittelwert	Maximalwert	Minimalwert
alle	Innere Medizin	19	45	63	30
	Allgemein- medizin	24	56	76	36
	nicht-ärztl. med. Personal	32	43	59	20
	Summe	75	48	76	20
Haupt- beschuldigte	Innere Medizin	16	46	63	31
	Allgemein- medizin	22	56	76	36
	nicht-ärztl. med. Personal	21	41	55	20
	Summe	59	48	76	20
Mit- beschuldigte	Innere Medizin	3	37	44	30
	Allgemein- medizin	2	61	67	54
	nicht-ärztl. med. Personal	11	48	59	35
	Summe	16	47	67	30

**Abb. 3A**

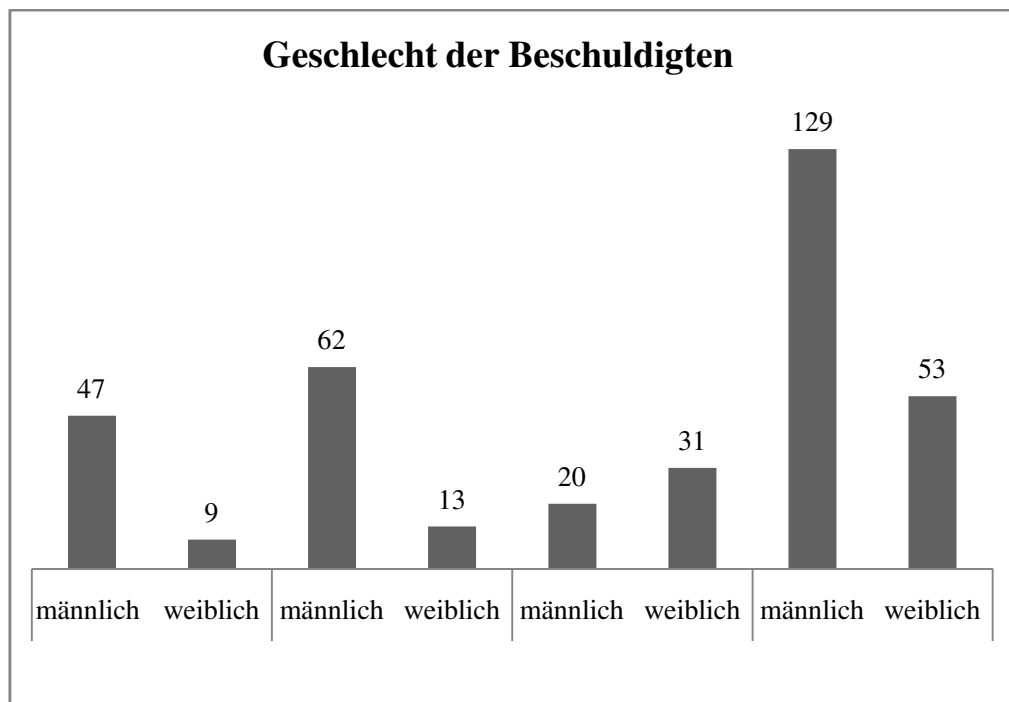


Abb. 4A: Geschlecht der Beschuldigten, bezogen auf die Fachrichtungen

Tabelle 22A: Auswertbare Fälle hinsichtlich des Geschlechts aller Beschuldigten

Fachrichtung	Anzahl der Beschuldigten	bekanntes Geschlecht
Innere Medizin	137	56
Allgemeinmedizin	86	75
nicht-ärztl. med. Personal	98	51
Summe	321	182

Tabelle 23A: Rechtsmedizinische Beurteilung des Handelns der betroffenen Allgemeinmediziner, bezogen auf das Alter der Beschuldigten

Alter	Beurteilung der Rechtsmedizin					Summe	
	A	B	C	D	E	n	%
30 - 40	0	0	0	1	0	1	4,2%
41 - 50	1	0	0	1	2	4	16,7%
51 - 60	3	1	1	5	6	16	66,7%
61 - 70	0	1	1	0	0	2	8,3%
71 - 80	0	1	0	0	0	1	4,2%
Summe	4	3	2	7	8	24	100,0%

Bei den 86 Allgemeinmedizinern ist das Alter von nur 24 Ärzten bekannt.
22 Hauptbeschuldigte, 2 Mitbeschuldigte.

Tabelle 24A: Gerichtsurteile gegen alle angeklagten Allgemeinmediziner, bezogen auf das Alter der Ärzte

Alter	Gerichtsurteil			Summe E
	schuldig	Einstellung gegen Auflage	Einstellung	
41 - 50	2	0	0	2
51 - 60	2	3	1	6

Tabelle 25A: Rechtsmedizinische Beurteilung des Handelns der betroffenen Internisten, bezogen auf das Alter der Beschuldigten

Alter	Beurteilung der Rechtsmedizin					Summe
	A	B	C	D	E	
30 - 40	4	2	0	0	1	7
41 - 50	3	2	0	2	0	7
51 - 60	0	0	0	1	2	3
61 - 70	0	1	0	1	0	2
Summe	7	5	0	4	3	19

Bei den 137 Internisten ist das Alter von nur 19 Ärzten bekannt.

16 Hauptbeschuldigte, 3 Mitbeschuldigte.

Bei den Internisten sind Gastroenterologen, Kardiologen, Pneumologen, Angiologen, Nephrologe u. Rheumatologe mit eingeschlossen.

Tabelle 26A: Gerichtsurteile gegen alle angeklagten Internisten, bezogen auf das Alter der Ärzte

Alter	Gerichtsurteil			Summe E
	schuldig	Einstellung gegen Auflage	Einstellung	
30 - 40	0	0	1	1
51 - 60	1	1	0	2

Tabelle 27A: Rechtsmedizinische Beurteilung des Handelns der betroffenen Personen des nicht-ärztlichen medizinischen Personals, bezogen auf das Alter der Beschuldigten

Alter	Beurteilung der Rechtsmedizin										Summe
	A		B		C		D		E		
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	
20 - 30	3	75,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	1	25,0%	4
31 - 40	3	37,5%	0	0,0%	1	12,5%	0	0,0%	4	50,0%	8
41 - 50	1	10,0%	3	30,0%	2	20,0%	2	20,0%	2	20,0%	10
51 - 60	0	0,0%	1	10,0%	1	10,0%	2	20,0%	6	60,0%	10
Summe	7	21,9%	4	12,5%	4	12,5%	4	12,5%	13	40,6%	32

Bei den 98 Personen des nicht-ärztlichen medizinischen Personals ist das Alter von nur 32 Personen bekannt. 21 Hauptbeschuldigte, 11 Mitbeschuldigte.

Tabelle 28A: Gerichtsurteile gegen alle Angeklagten des nicht-ärztlichen medizinischen Personals, bezogen auf das Alter der betroffenen Personen

Alter	Gerichtsurteil			Summe E
	schuldig	Einstellung	unbekannt	
20 - 30	0	1	0	1
31 - 40	1	2	1	4
41 - 50	1	0	1	2
51 - 60	4	1	1	6

Tabelle 29A: Rechtsmedizinische Beurteilung des Handelns der betroffenen Allgemeinmediziner, bezogen auf das Geschlecht der Beschuldigten

Geschlecht	Beurteilung der Rechtsmedizin										Summe
	A		B		C		D		E		
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	
weiblich	7	53,8%	0	0,0%	0	0,0%	4	30,8%	2	15,4%	13
männlich	28	45,2%	5	8,1%	4	6,5%	17	27,4%	8	12,9%	62
Summe	35	46,7%	5	6,7%	4	5,3%	21	28,0%	10	13,3%	75

Bei den 86 Allgemeinmedizinern ist das Geschlecht von 75 Ärzten bekannt. 69 Hauptbeschuldigte, 6 Mitbeschuldigte.

Tabelle 30A: Rechtsmedizinische Beurteilung des Handelns der betroffenen Internisten, bezogen auf das Geschlecht der Beschuldigten

Geschlecht	Beurteilung der Rechtsmedizin										Summe
	A		B		C		D		E		
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n
weiblich	5	55,6%	0	0,0%	0	0,0%	4	44,4%	0	0,0%	9
männlich	24	51,1%	7	14,9%	0	0,0%	6	12,8%	10	21,3%	47
Summe	29	51,8%	7	12,5%	0	0,0%	10	17,9%	10	17,9%	56

Bei den 137 Internisten ist das Geschlecht von nur 56 Ärzten bekannt.

45 Hauptbeschuldigte, 11 Mitbeschuldigte.

Tabelle 31A: Rechtsmedizinische Beurteilung des Handelns der betroffenen Personen des nicht-ärztlichen medizinischen Personals, bezogen auf das Geschlecht der Beschuldigten

Geschlecht	Beurteilung der Rechtsmedizin										Summe
	A		B		C		D		E		
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n
weiblich	11	35,5%	3	9,7%	2	6,5%	6	19,4%	9	29,0%	31
männlich	5	25,0%	3	15,0%	3	15,0%	2	10,0%	7	35,0%	20
Summe	16	31,4%	6	11,8%	5	9,8%	8	15,7%	16	31,4%	51

Bei den 98 Beschuldigten des nicht-ärztlichen medizinischen Personals ist das Geschlecht von nur 51 Personen bekannt. 37 Hauptbeschuldigte, 14 Mitbeschuldigte.

Tabelle 32A: Gerichtsurteile gegen alle angeklagten Allgemeinmediziner, bezogen auf das Geschlecht der Ärzte

Geschlecht	Gerichtsurteil				Summe E
	schuldig	Einstellung gegen Auflage	Einstellung	unbekannt	
weiblich	1	1	0	0	2
männlich	3	2	1	2	8

Tabelle 33A: Gerichtsurteile gegen alle angeklagten Internisten, bezogen auf das Geschlecht der Ärzte

Geschlecht	Gerichtsurteil				Summe E
	schuldig	Einstellung gegen Auflage	Einstellung	unbekannt	
weiblich	0	0	0	0	0
männlich	1	4	3	2	10

Tabelle 34A: Gerichtsurteile gegen alle Angeklagten des nicht-ärztlichen medizinischen Personals, bezogen auf das Geschlecht der betroffenen Personen

Geschlecht	Gerichtsurteil			Summe E
	schuldig	Einstellung	unbekannt	
weiblich	3	1	5	9
männlich	3	3	1	7

Tabelle 35A: Beschäftigungsverhältnis der 343 Beschuldigten

Fachrichtung der Beschuldigten	Beschäftigungsverhältnis				
	angestellt		niedergelassen		Summe
	n	%	n	%	
Innere Medizin	90	83%	18	17%	108
Allgemeinmedizin	0	0,0%	86	100,0%	86
Gastroenterologie	16	94,1%	1	5,9%	17
Kardiologie	12	100,0%	0	0,0%	12
sonstige Ärzte	16	72,7%	6	27,3%	22
nicht-ärztl. med. Personal	96	98,0%	2	2,0%	98
Summe	230	67,1%	113	32,9%	343

Innere Medizin einschließlich Angiologie, Nephrologie, Pneumologie u. Rheumatologie.

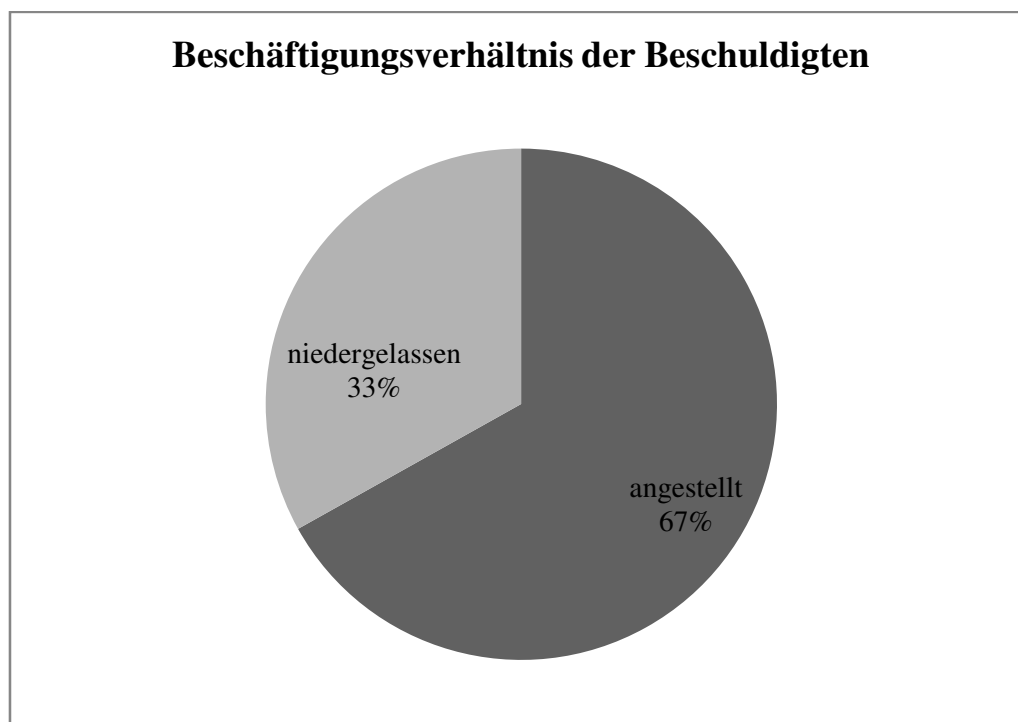


Abb. 5A

Tabelle 36A: Fachrichtung der vom Verdacht eines Behandlungsfehlers betroffenen Krankenhausärzte

Fachrichtung	hauptbeschuldigte KH-Ärzte		mitbeschuldigte KH-Ärzte		alle beschuldigten KH-Ärzte	
	n	%	n	%	n	%
Innere Medizin	63	69,2%	23	53,5%	86	64,2%
Gastroenterologie	14	15,4%	2	4,7%	16	11,9%
Kardiologie	10	11,0%	2	4,7%	12	9,0%
Nephrologie	1	1,1%	0	0,0%	1	0,7%
Angiologie	1	1,1%	0	0,0%	1	0,7%
Pneumologie	2	2,2%	0	0,0%	2	1,5%
Chirurgie	0	0,0%	13	30,2%	13	9,7%
Psychiatrie	0	0,0%	2	4,7%	2	1,5%
Gynäkologie	0	0,0%	1	2,3%	1	0,7%
Summe	91	100,0%	43	100,0%	134	100,0%

Tabelle 37A: Differenzierung des betroffenen nicht-ärztlichen medizinischen Personals

	Anzahl	Prozent
Alten-/Pflegeheim	64	65,3%
Pflegepersonal im KH	21	21,4%
amb. Pflege zu Hause	6	6,1%
Arzthelferin	5	5,1%
Fußpflegerin	1	1,0%
Rettungssanitäter	1	1,0%
Summe	98	100,0%

Tabelle 38A: Differenzierung der betroffenen Personen der ambulanten Pflege

ambulante Pflege zu Hause	
	Anzahl
Pflege durch Angehörige/Bekannte	3
Pflege durch amb. Pflegedienst	3
Summe	6

Tabelle 39A: Rechtsmedizinische Beurteilung des Handelns der Beschuldigten, bezogen auf deren Position bzw. deren Ausbildungsstand

Position	Beurteilung										Summe
	A		B		C		D		E		
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n
Chefarzt	3	25,0%	2	16,7%	0	0,0%	3	25,0%	4	33,3%	12
Oberarzt	7	70,0%	1	10,0%	0	0,0%	0	0,0%	2	20,0%	10
Assistenzarzt	6	75,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	2	25,0%	8
Bereitschafts- arzt	1	16,7%	0	0,0%	1	16,7%	4	66,7%	0	0,0%	6
Arzthelferin	2	50,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	2	50,0%	4

Übersicht besonderer Positionen, sofern aus Aktenlage ersichtlich.

Tabelle 40A: Gerichtsurteile, bezogen auf die Position der Angeklagten

			Gerichtsurteil			
Position	Gesamt	Bewertung mit E	Einstellung	Einstellung gegen Auflage	schuldig	unbekannt
Chefarzt	12	4	1	2	0	1
Oberarzt	10	2	1	0	1	0
Assistenzarzt	8	2	1	1	0	0
Arzthelferin	4	2	0	0	0	2

Tabelle 41A: Alter der betroffenen Patienten zum Zeitpunkt des ersten Vorfalls des unerwünschten Ereignisses

Fallzahl	Anzahl Patienten	Alter in Jahren		
		Mittelwert	Maximalwert	Minimalwert
234	258	68	99	7

Bei 13 Fällen keine Altersangabe des Patienten. Bei 6 Fällen zwischen 2 und 14 Patienten pro Fall.

Tabelle 42A: Alter der Patienten

Alter in Jahren	Anzahl der Patienten		Gesamt
	männlich	weiblich	
0-10	1	0	1
11-15	0	2	2
16-20	0	1	1
21-25	1	3	4
26-30	0	3	3
31-35	5	3	8
36-40	3	2	5
41-45	3	6	9
46-50	2	3	5
51-55	11	6	17
56-60	12	7	19
61-65	13	14	27
66-70	9	15	24
71-75	11	18	29
76-80	10	12	22
81-85	11	23	34
86-90	5	27	32
91-95	2	10	12
96-100	1	3	4
Summe	100	158	258

Tabelle 43A: Anzahl der weiblichen und männlichen Patienten

Patienten insgesamt		Geschlecht			
		weiblich		männlich	
n	%	n	%	n	%
271	100%	168	62,0%	103	38,0%

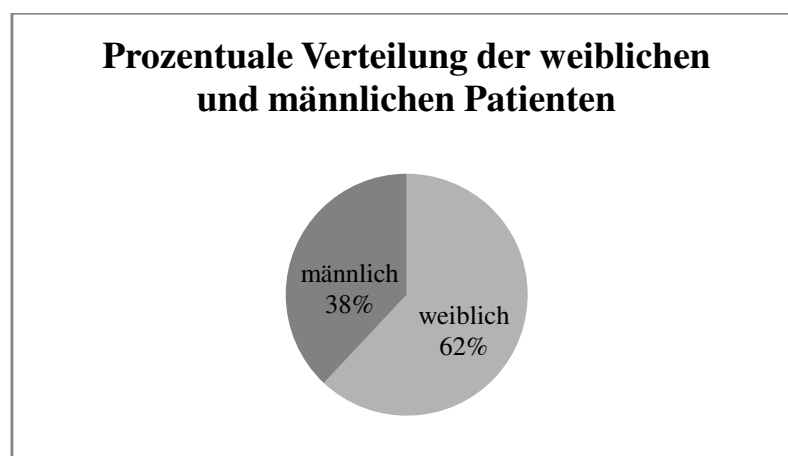
**Abb. 6A**

Tabelle 44A: Geschlecht der Patienten, bezogen auf die Fachrichtung, in der das unerwünschte Ereignis stattfand

Fachrichtung	Patienten				
	weiblich		männlich		Summe
	n	%	n	%	n
Innere Medizin	44	54,3%	37	45,7%	81
Allgemeinmedizin	47	62,7%	28	37,3%	75
Kardiologie	6	60,0%	4	40,0%	10
Gastroenterologie	8	53,3%	7	46,7%	15
nicht-ärztl. med. Personal	63	70,0%	27	30,0%	90
Summe	168		103		271

Ein allgemeinmedizinischer Fall mit 2 weiblichen betroffenen Patienten.

Bei 5 Fällen des nicht-ärztlichen medizinischen Personals mehrere betroffene Patienten.

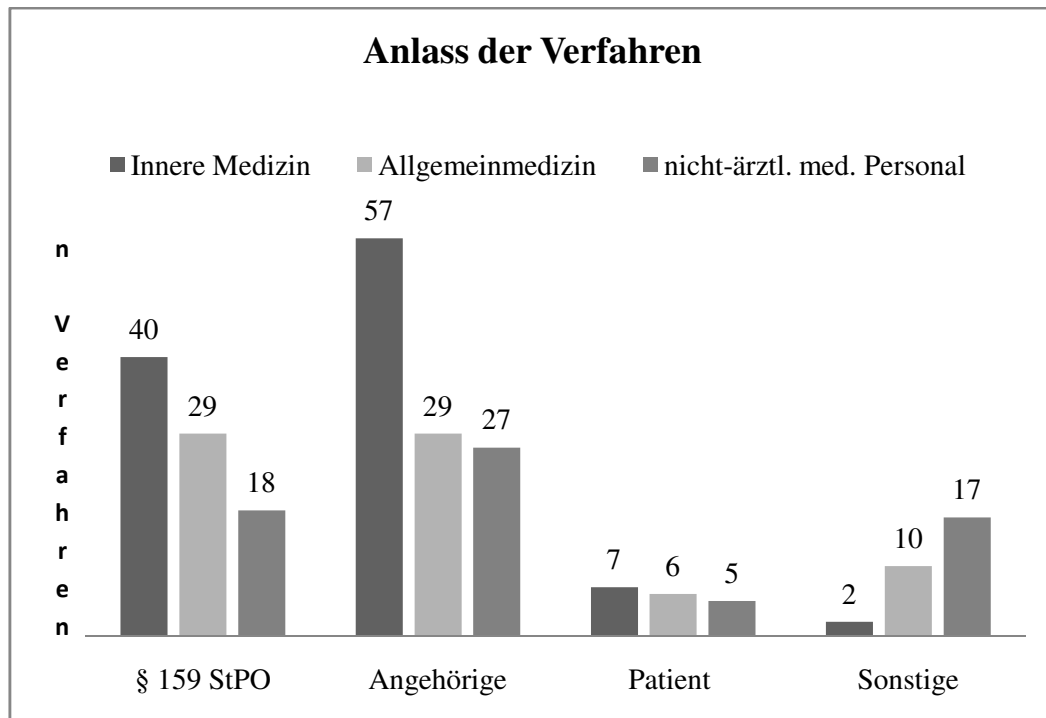
Innere Medizin mit Angiologie, Nephrologie und Pneumologie.

Tabelle 45A: Anlass der Verfahren, bezogen auf die Hauptbeschuldigten der einzelnen Fachrichtungen

Fachrichtung	Anlass des Verfahrens								Summe	
	§ 159 StPO		Angehörige		Patient		Sonstige			
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Innere Medizin	40	37,7%	57	53,8%	7	6,6%	2	1,9%	106	100%
Allgemein- medizin	29	39,2%	29	39,2%	6	8,1%	10	13,5%	74	100%
nicht-ärztl. med. Personal	18	26,9%	27	40,3%	5	7,5%	17	25,4%	67	100%
Summe	87	35,2%	113	45,7%	18	7,3%	29	11,7%	247	100%

§ 159 StPO = Staatsanwaltschaft wird tätig bei Verdacht auf unnatürlichen Tod.

Innere Medizin mit Gastroenterologie, Kardiologie, Angiologie, Pneumologie und Nephrologie.

**Abb. 7A**

§ 159 StPO = Staatsanwaltschaft wird tätig bei Verdacht auf unnatürlichen Tod.

Tabelle 46A: Differenzierung der „Dritten“ aus Tabelle 45A

Differenzierung der Dritten	
anonyme Anzeige	1
Bekannte	1
Freundin	1
Nachbarin	1
Fußpflegerin	1
Rettungssanitäter	1
Arzt	9
Betreuer	2
Sozialdienst Krankenhaus	1
MDK	3
Pflegekraft	6
Altenpflegeheim	1
Pflegedienst	1
Summe	29

Tabelle 47A: Differenzierung der „Angehörigen“ aus Tabelle 45A

Differenzierung der Angehörigen	
Eltern	2
Mutter	3
Tochter	30
Sohn	19
Bruder	4
Schwester	3
Cousine	1
Ehefrau	15
Ehemann	15
Lebensgefährtin/gefährter	6
Angehörige allgemein	15
Summe	113

Tabelle 48A: Rechtsbereich der 247 Fälle

Rechtsbereich	n	%
zivilrechtliche Fälle	6	2,4%
strafrechtliche Fälle	241	97,6%
Gesamtzahl der Fälle	247	100,0%

Tabelle 49A: Rechtsmedizinische Beurteilung der 6 zivilrechtlich behandelten Fälle

Fachrichtung	Beurteilung der Rechtsmedizin					Summe
	A	B	C	D	E	
Innere Medizin	0	0	0	0	0	0
Allgemeinmedizin	2	2	0	0	1	5
Arzthelferin	0	0	0	0	1	1
nicht-ärztl. med. Personal	0	1	0	0	1	2
Summe	2	3	0	0	3	8

Die Fallgruppe setzt sich zusammen aus 6 Hauptbetroffenen und 2 Mitbetroffenen. Die 2 Betroffenen des nicht-ärztlichen medizinischen Personals sind im Pflegeheim angestellt.

Tabelle 50A: Verdachtsmomente der fahrlässigen Körperverletzung und fahrlässigen Tötung pro Jahr

Jahr	FKV		FT		FKV+FT		Summe	
	n	%	n	%	n	%	n	%
2000	7	21,9%	24	75,0%	1	3,1%	32	100,0%
2001	6	28,6%	15	71,4%	0	0,0%	21	100,0%
2002	6	21,4%	21	75,0%	1	3,6%	28	100,0%
2003	7	21,2%	24	72,7%	2	6,1%	33	100,0%
2004	11	27,5%	26	65,0%	3	7,5%	40	100,0%
2005	9	27,3%	24	72,7%	0	0,0%	33	100,0%
2006	7	28,0%	17	68,0%	1	4,0%	25	100,0%
2007	11	31,4%	24	68,6%	0	0,0%	35	100,0%
Summe	64	25,9%	175	70,9%	8	3,2%	247	100,0%

FKV = fahrlässige Körperverletzung

FT = fahrlässige Tötung

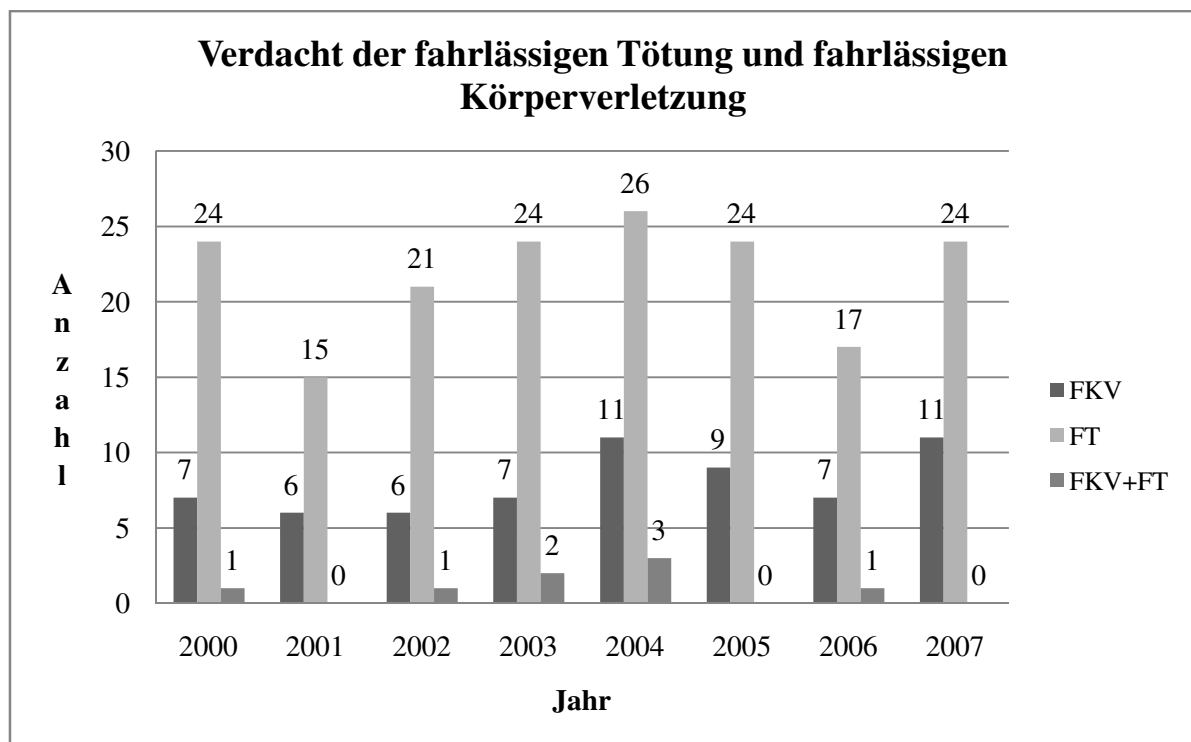


Abb. 8A

FKV = fahrlässige Körperverletzung

FT = fahrlässige Tötung

FKV+FT = Verdacht der fahrlässigen Körperverletzung und fahrlässigen Tötung

Tabelle 51A: Verdachtsmomente der fahrlässigen Körperverletzung und fahrlässigen Tötung, bezogen auf die Fachgebiete der Hauptbeschuldigten

Fachrichtung	Verdachtsmoment						Summe	
	FKV		FT		FKV+FT			
	n	%	n	%	n	%	n	%
Innere Medizin	17	16,0%	85	80,2%	4	3,8%	106	100%
Allgemeinmedizin	19	25,7%	54	73,0%	1	1,4%	74	100%
nicht-ärztl. med. Personal	28	41,8%	36	53,7%	3	4,5%	67	100%
Summe	64	25,9%	175	70,9%	8	3,2%	247	100%

FKV = fahrlässige Körperverletzung

FT = fahrlässige Tötung

Gesamtzahl entsprechend der Fallzahl: 247

Tabelle 52A: Verdachtsmomente der fahrlässigen Körperverletzung und fahrlässigen Tötung, bezogen auf die Spezialgebiete der Inneren Medizin

Fachrichtung	FKV		FT		FKV+FT	
	n	%	n	%	n	%
Gastroenterologie	0	0%	15	100%	0	0%
Kardiologie	1	10,0%	9	90,0%	0	0%
Angiologie	1	50,0%	1	50,0%	0	0%
Nephrologie	0	0%	1	100%	0	0%
Pneumologie	1	50,0%	1	50,0%	0	0%

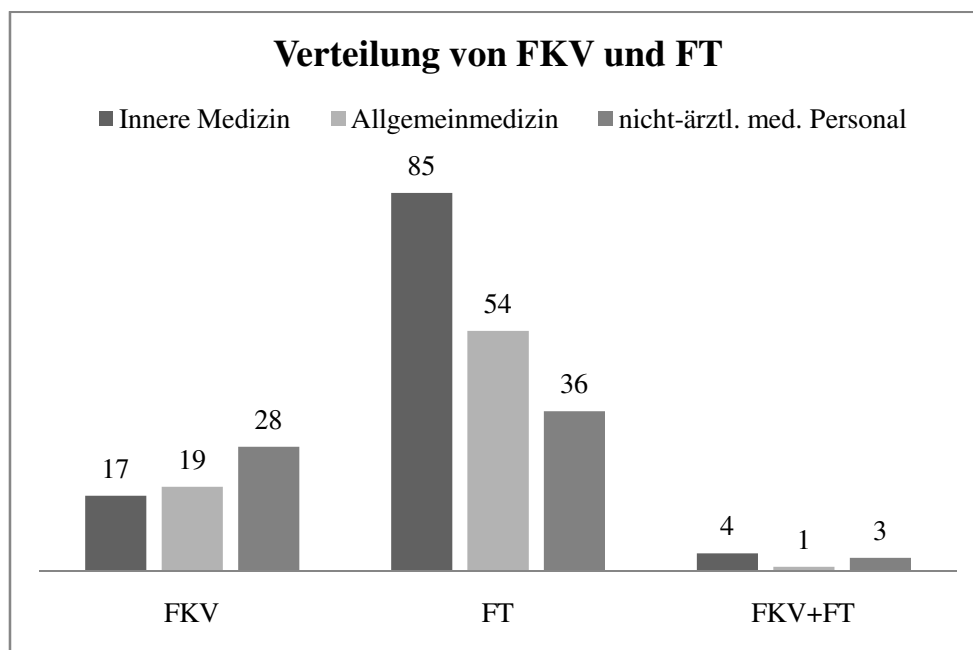


Abb. 9A

Tabelle 53A: Rechtsmedizinische Beurteilung des Handelns, bezogen auf die Verdachtsmomente FKV und FT in den einzelnen Fachrichtungen

Fachrichtung	Beurteilung														
	A			B			C			D			E		
	FKV	FT	FKV+ FT	FKV	FT	FKV+ FT	FKV	FT	FKV+ FT	FKV	FT	FKV+ FT	FKV	FT	FKV+ FT
Innere Medizin	15 11%	70 51%	3 2%	2 1%	12 9%	0 0%	1 1%	0 0%	0 0%	3 2%	19 14%	1 1%	4 3%	7 5%	0 0%
<i>Hauptbeschuldigte</i>															
angestellt	8	52	3	1	7	0	1	0	0	2	10	0	2	4	0
niedergelassen	3	7	0	0	0	0	0	0	0	0	4	1	0	1	0
<i>Mitbeschuldigte</i>															
angestellt	3	11	0	1	3	0	0	0	0	1	5	0	2	2	0
niedergelassen	1	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Allgemeinmedizin	11 13%	30 35%	1 1%	2 2%	6 7%	0 0%	2 2%	2 2%	0 0%	3 3%	19 22%	0 0%	6 7%	4 5%	0 0%
<i>Hauptbeschuldigte</i>															
niedergelassen	11	27	1	1	5	0	1	1	0	2	17	0	4	4	0
<i>Mitbeschuldigte</i>															
niedergelassen	0	3	0	1	1	0	1	1	0	1	2	0	2	0	0
nicht-ärztl. med. Personal	14 14%	31 32%	0 0%	5 5%	6 6%	1 1%	3 3%	4 4%	0 0%	4 4%	11 11%	1 1%	10 10%	6 6%	2 2%
<i>Hauptbeschuldigte</i>															
angestellt	9	23	0	3	4	1	3	1	0	3	5	0	8	3	2
niedergelassen	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
<i>Mitbeschuldigte</i>															
angestellt	4	8	0	1	2	0	0	3	0	1	6	1	2	3	0
Sonstige	5 23%	8 36%	1 5%	2 9%	2 9%	0 0%	0 0%	0 0%	0 0%	0 0%	2 9%	1 5%	1 5%	0 0%	0 0%
<i>Mitbeschuldigte</i>															
angestellt	4	6	1	2	1	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0
niedergelassen	1	2	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0
Summe n	45	139	5	11	26	1	6	6	0	10	51	3	21	17	2
Summe % *	48%	58%	45%	12%	11%	9%	6%	3%	0%	11%	21%	27%	23%	7%	18%

Sonstige: Chirurgie, Psychiatrie, Gynäkologie, Orthopädie, Anästhesie, Neurologie und Radiologie.
 Sonstige Fachrichtungen wurden aufgrund der geringen Fallzahlen zusammengefasst.

FKV = fahrlässige Körperverletzung

FT = fahrlässige Tötung

FKV+FT = fahrlässige Körperverletzung + fahrlässige Tötung

* bezogen auf die prozentuale Verteilung von FKV, FT und FKV+FT auf die Beurteilung. So sind z.B. alle Verdachtsmomente auf FKV zusammen 100%.

Tabelle 54A: Fallgruppen behaupteter ärztlicher Behandlungsfehler

Klassifizierung	alle Beschuldigten		Hauptbeschuldigte		Mitbeschuldigte	
	n	%	n	%	n	%
A	10	2,8%	8	2,9%	2	2,4%
B	67	18,6%	51	18,3%	16	19,3%
C	62	17,2%	47	16,9%	15	18,1%
D	51	14,1%	43	15,5%	8	9,6%
E	40	11,1%	33	11,9%	7	8,4%
F	38	10,5%	23	8,3%	15	18,1%
G	23	6,4%	18	6,5%	5	6,0%
H	25	6,9%	21	7,6%	4	4,8%
I	14	3,9%	12	4,3%	2	2,4%
J	15	4,2%	11	4,0%	4	4,8%
K	11	3,0%	9	3,2%	2	2,4%
L	5	1,4%	2	0,7%	3	3,6%
Summe	361	100,0%	278	100,0%	83	100,0%

180 Hauptbeschuldigte, 65 Mitbeschuldigte, 245 betroffene Ärzte insgesamt.

Im Einzelfall mehrere Arten von behaupteten Behandlungsfehlern.

Legende zu Tabelle 54A:

A = Aufklärung

B = fehlerhafte Befunderhebung mit Fehldiagnose und entsprechend falscher Therapie

C = fehlerhafte Durchführung Behandlung

D = sonstiges Unterlassen medizinisch gebotener Maßnahmen (z.B.: Reanimation, Nichtanlegen PEG, Ablehnung Hausbesuch, keine Sedierung, Fixierung)

E = fehlerhafte Medikation

F = nicht konkret

G = Indikation Behandlung

H = keine oder verspätete Krankenhauseinweisung

I = fehlerhafte Injektion/Transfusion/Blutabnahme

J = unterlassene Diagnostik

K = unzureichende Erkennung, Therapie einer Komplikation nach einer Behandlung

L = unzureichende Überwachung

Tabelle 55A: Fallgruppen behaupteter Pflegefehler

Klassifizierung	Anzahl
A	33
B	17
C	22
D	19
E	17
F	16
G	12
H	11
I	8
J	8
K	7
L	7
M	5
N	5
O	5
P	3
Q	4
R	6
S	3
Summe	208

Legende zu Tabelle 55A

- A = Pflegekraft informiert nicht rechtzeitig einen Arzt, obwohl es die Situation erkennbar dringend erfordert
- B = Dekubitus durch fehlerhaftes Lagern und/oder Verschlimmerung eines schon bestehenden Dekubitus durch unzureichende Versorgung
- C = unterlassene allgemeine Krankenbeobachtung
- D = mangelhafte Pflegedokumentation, Organisationsmängel
- E = Fehler bei Körperpflege, Nichteinhalten von Hygienevorschriften
- F = Medikamentensicherheit (gesundheitliche Schäden aufgrund von zu hoch dosierten Medikamenten, fehlerhafter oder auch unterlassener Medikamentengabe)
- G = Fehler bei Anwendung, Bedienung und Kontrolle von Medizinprodukten und medizinisch technischen Geräten
- H = Dehydration durch zu wenig Flüssigkeitsgabe
- I = Mangelernährung

- J = Blutergüsse, Brüche oder sonstige Verletzungen durch fehlerhaft ausgeführte Pflegegriffe und/oder zu hartes Zufassen bei der grundpflegerischen Versorgung
- K = keine ausreichende Mobilisierung
- L = körperliche Gewaltanwendung
- M = fehlerhaftes Schmerzmanagement (unnötige Schmerzzufügung)
- N = falsche Versorgung von chronischen Wunden
- O = Vernachlässigung von Pflegebedürftigen (z.B. indem sie alleine gelassen werden oder ihnen Körperhygiene verweigert wird)
- P = nicht legitimierte Zwangsmaßnahmen der Pflege (z.B. Fixieren ohne Indikation und Genehmigung, verschlossene Türen)
- Q = unterlassene Hilfeleistung
- R = Pflegeversäumnis nicht konkretisiert
- S = fehlerhafte Injektion/Blutentnahme

Tabelle 56A: Fallgruppen von Behandlungsfehlern nach rechtsmedizinischer Begutachtung

Klassifizierung	alle Beschuldigten		Hauptbeschuldigte		Mitbeschuldigte	
	n	%	n	%	n	%
A	3	0,7%	3	1,0%	0	0,0%
B	43	10,7%	33	11,3%	10	9,0%
C	18	4,5%	10	3,4%	8	7,2%
D	12	3,0%	9	3,1%	3	2,7%
E	14	3,5%	9	3,1%	5	4,5%
F	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
G	10	2,5%	8	2,7%	2	1,8%
H	26	6,5%	18	6,2%	8	7,2%
I	4	1,0%	4	1,4%	0	0,0%
J	1	0,2%	1	0,3%	0	0,0%
K	11	2,7%	8	2,7%	3	2,7%
L	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
M	33	8,2%	20	6,8%	13	11,7%
N	189	46,9%	145	49,7%	44	39,6%
O	38	9,4%	23	7,9%	15	13,5%
P	1	0,2%	1	0,3%	0	0,0%
Summe	403	100,0%	292	100,0%	111	100,0%

Legende zu Tabelle 56A:

A = Aufklärung

B = fehlerhafte Befunderhebung mit Fehldiagnose und entsprechend falscher Therapie

- C = fehlerhafte Durchführung Behandlung
- D = sonstiges Unterklassen medizinisch gebotener Maßnahmen (z.B.: Reanimation, Nichtanlegen PEG, Ablehnung Hausbesuch, keine Sedierung, Fixierung)
- E = fehlerhafte Medikation
- F = nicht konkret
- G = Indikation Behandlung
- H = keine oder verspätete Krankenhauseinweisung
- I = fehlerhafte Injektion/Transfusion/Blutabnahme
- J = unterlassene Diagnostik
- K = unzureichende Erkennung, Therapie einer Komplikation nach einer Behandlung
- L = unzureichende Überwachung
- M = Pflegefehler
- N = kein Vorwurf
- O = Vorwurf nicht sicher
- P = unerlaubte und fehlerhafte Substitutionstherapie

Tabelle 57A: Gegenüberstellung behaupteter und nach rechtsmedizinischer Begutachtung festgestellter Behandlungsfehler, bezogen auf die verschiedenen Berufsgruppen und das Beschäftigungsverhältnis

Berufsgruppe	Beschäftigungsverhältnis	Σ	kein Behandlungsfehler		Behandlungsfehler nicht sicher		identische Behandlungsfehler		zusätzliche Behandlungsfehler		unterschiedl. Behandlungsfehler	
			n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Innere Medizin	angestellt	118	77	65,3%	12	10,2%	16	13,6%	3	2,5%	10	8,5%
	niedergel.	19	11	57,9%	2	10,5%	2	10,5%	2	10,5%	2	10,5%
Allgemeinmedizin	angestellt	0										
	niedergel.	86	42	48,8%	8	9,3%	17	19,8%	5	5,8%	14	16,3%
nicht-ärztl. med. Personal	angestellt	96	44	45,8%	11	11,5%	12	12,5%	14	14,6%	15	15,6%
	niedergel.	2	1	50,0%	1	50,0%						
Psychiatrie	angestellt	2	2	100%								
	niedergel.	0										
Anästhesie	angestellt	0										
	niedergel.	1							1	100%		
Chirurgie	angestellt	13	8	61,5%	3	23,1%			1	7,7%	1	7,7%
	niedergel.	1									1	100%
Gynäkologie	angestellt	1	1	100%								
	niedergel.	1	1	100%								
Neurologie	angestellt	0										
	niedergel.	1	1	100%								
Orthopädie	angestellt	0										
	niedergel.	1	1	100%								
Radiologie	angestellt	0										
	niedergel.	1			1	100%						
Summe		343	189	55,1%	38	11,1%	47	13,7%	26	7,6%	43	12,5%

Innere Medizin mit allen Spezialisierungen (17 Gastroenterologen, 12 Kardiologen, 2 Angiologen, 2 Pneumologen, 1 Nephrologe, 1 Rheumatologe).

Die eigentlich nicht zum Thema der Doktorarbeit gehörenden Fachrichtungen Psychiatrie, Anästhesie, Chirurgie, Gynäkologie, Neurologie, Orthopädie u. Radiologie wurden mit aufgenommen, da diese Fachgruppen Mitbeschuldigte in den zu bearbeitenden Begutachtungsfällen sind.

Tabelle 58A: Gegenüberstellung behaupteter und nach rechtsmedizinischer Begutachtung festgestellter Behandlungsfehler ohne Differenzierung nach Beschäftigungsverhältnis der betroffenen Personen

Fachrichtung	Gegenüberstellung behaupteter und tatsächlich festgestellter Behandlungsfehler				
	A	B	C	D	E
Innere Medizin	88	14	18	5	12
Allgemeinmedizin	42	8	17	5	14
nicht-ärztl. med. Personal	45	12	12	14	15

A: kein Behandlungsfehler C, D und E: Behandlungsfehler festgestellt.

Legende zu Tabelle 58A:

A = Behandlungsfehler nicht festgestellt

B = behaupteter Behandlungsfehler nach Begutachtung nicht sicher

C = behaupteter Behandlungsfehler nach Begutachtung bestätigt

D = behaupteter Behandlungsfehler nach Begutachtung bestätigt, zudem zusätzliche Arten von Behandlungsfehlern erkannt

E = Behandlungsfehler festgestellt, jedoch ein anderer als behauptet

Tabelle 59A: Gerichtsurteile gegen die angeklagten Ärzten, bezogen auf die Fallgruppe des Behandlungsfehlers

Fallgruppe	Summe E	Fachrichtung	Urteil			
			Einstellung	Einstellung gegen Auflage	schuldig	unbekannt
A	3	Innere Medizin	3	0	0	0
	2	Allgemein- medizin	0	1	0	1
B	2	Innere Medizin	0	0	1	1
	3	Allgemein- medizin	1	0	1	1
	1	Sonstige	0	0	1	0
D	2	Innere Medizin	0	2	0	0
	1	Allgemein- medizin	0	1	0	0
F	1	Innere Medizin	0	1	0	0
	1	Allgemein- medizin	0	1	0	0
G	1	Innere Medizin	0	1	0	0
	2	Allgemein- medizin	0	0	2	0
H	1	Allgemein- medizin	0	0	1	0
I	1	Innere Medizin	0	0	0	1
J	1	Innere Medizin	0	0	0	1

A = fehlerhafte Befunderhebung mit Fehldiagnose u. entsprechend falscher Therapie B = fehlerhafte Durchführung Behandlung D = fehlerhafte Medikation F = Indikation Behandlung G = keine oder verspätete KH-Einweisung H = fehlerhafte Injektion/Transfusion I = mangelnde/unterlassene Diagnostik J = unzureichende Erkennung, Therapie einer Komplikation nach einer Behandlung

Tabelle 60A: Differenzierung der Fallgruppe A: fehlerhafte Befunderhebung mit Fehldiagnose und entsprechend falscher Therapie, bezogen auf die rechtsmedizinische Beurteilung

nicht diagnostizierte Erkrankung	Beschuldigte	n	%	Beurteilung				
				A	B	C	D	E
Lungenembolie/ Thrombose	alle Beschuldigten	14	23,7%	4	1	0	6	3
	Hauptbeschuldigte	9	21,4%	3	0	0	5	1
Abdominal- erkrankung	alle Beschuldigten	11	18,6%	6	0	0	3	2
	Hauptbeschuldigte	9	21,4%	4	0	0	3	2
Myokardinfarkt	alle Beschuldigten	7	11,9%	1	0	0	6	0
	Hauptbeschuldigte	7	16,7%	1	0	0	6	0
sonstige Herz-u. Gefäßerkrankung	alle Beschuldigten	9	15,3%	7	1	0	1	0
	Hauptbeschuldigte	5	11,9%	3	1	0	1	0
Infektion	alle Beschuldigten	4	6,8%	3	1	0	0	0
	Hauptbeschuldigte	4	9,5%	3	1	0	0	0
Fraktur	alle Beschuldigten	4	6,8%	0	2	1	1	0
	Hauptbeschuldigte	2	4,8%	0	1	0	1	0
Karzinom	alle Beschuldigten	3	5,1%	2	0	0	1	0
	Hauptbeschuldigte	2	4,8%	1	0	0	1	0
Hyperglykämie	alle Beschuldigten	2	3,4%	0	0	0	2	0
	Hauptbeschuldigte	1	2,4%	0	0	0	1	0
Sonstige	alle Beschuldigten	5	8,5%	4	1	0	0	0
	Hauptbeschuldigte	3	7,1%	2	1	0	0	0
Summe	alle Beschuldigten	59	100%	27	6	1	20	5
	Hauptbeschuldigte	42	100%	17	4	0	18	3

Tabelle 61A: Differenzierung der Fallgruppe B: fehlerhafte Durchführung der Behandlung, bezogen auf die rechtsmedizinische Beurteilung

fehlerhafter Eingriff/Behandlung	Beschuldigte	n	%	Beurteilung				
				A	B	C	D	E
Koloskopie	alle Beschuldigten	13	25,5%	7	3	0	2	1
	Hauptbeschuldigte	12	36,4%	7	2	0	2	1
Gastroskopie	alle Beschuldigten	6	11,8%	2	2	0	1	1
	Hauptbeschuldigte	6	18,2%	2	2	0	1	1
Punktionen	alle Beschuldigten	5	9,8%	4	1	0	0	0
	Hauptbeschuldigte	4	12,1%	3	1	0	0	0
Dekubitus	alle Beschuldigten	7	13,7%	0	2	0	1	4
	Hauptbeschuldigte	1	3,0%	0	0	0	0	1
Dialyse	alle Beschuldigten	4	7,8%	2	2	0	0	0
	Hauptbeschuldigte	3	9,1%	1	2	0	0	0
Herzkatheter	alle Beschuldigten	3	5,9%	3	0	0	0	0
	Hauptbeschuldigte	3	9,1%	3	0	0	0	0
Bronchoskopie	alle Beschuldigten	3	5,9%	3	0	0	0	0
	Hauptbeschuldigte	3	9,1%	3	0	0	0	0
OP	alle Beschuldigten	3	5,9%	3	0	0	0	0
	Hauptbeschuldigte	0	0,0%	0	0	0	0	0
Sonstige	alle Beschuldigten	7	13,7%	2	0	1	4	0
	Hauptbeschuldigte	1	3,0%	0	0	0	1	0
Summe	alle Beschuldigten	51	100%	26	10	1	8	6
	Hauptbeschuldigte	33	100%	19	7	0	4	3

Tabelle 62A: Differenzierung der Fallgruppe D: fehlerhafte Medikation, bezogen auf die rechtsmedizinische Beurteilung

fehlerhafte Medikation	Beschuldigte	n	%	Beurteilung				
				A	B	C	D	E
Herztherapeutika	alle Beschuldigten	5	17,2%	4	0	0	1	0
	Hauptbeschuldigte	5	20,8%	4	0	0	1	0
Opiate/ Schmerzmittel	alle Beschuldigten	5	17,2%	3	1	0	1	0
	Hauptbeschuldigte	4	16,7%	3	0	0	1	0
Psychopharmaka	alle Beschuldigten	5	17,2%	4	1	0	0	0
	Hauptbeschuldigte	4	16,7%	3	1	0	0	0
Methotrexat	alle Beschuldigten	4	13,8%	0	1	0	0	3
	Hauptbeschuldigte	2	8,3%	0	0	0	0	2
Antibiotika	alle Beschuldigten	4	13,8%	2	0	0	2	0
	Hauptbeschuldigte	3	12,5%	2	0	0	1	0
Metformin	alle Beschuldigten	2	6,9%	2	0	0	0	0
	Hauptbeschuldigte	2	8,3%	2	0	0	0	0
Sonstige	alle Beschuldigten	4	13,8%	3	0	0	1	0
	Hauptbeschuldigte	4	16,7%	3	0	0	1	0
Summe	alle Beschuldigten	29	100%	18	3	0	5	3
	Hauptbeschuldigte	24	100%	17	1	0	4	2

Tabelle 63A: Differenzierung der Fallgruppe H: fehlerhafte Injektion/Transfusion, bezogen auf die rechtsmedizinische Beurteilung

fehlerhafte Injektion/Transfusion	Beschuldigte	n	%	Beurteilung				
				A	B	C	D	E
Diclofenac/ Dexamethason	alle Beschuldigten	4	40,0%	1	1	1	0	1
	Hauptbeschuldigte	3	37,5%	1	0	1	0	1
Bluttransfusion	alle Beschuldigten	3	30,0%	3	0	0	0	0
	Hauptbeschuldigte	3	37,5%	3	0	0	0	0
Lokalanästhetikum	alle Beschuldigten	2	20,0%	2	0	0	0	0
	Hauptbeschuldigte	2	25,0%	2	0	0	0	0
keine Angabe	alle Beschuldigten	1	10,0%	1	0	0	0	0
	Hauptbeschuldigte	0	0,0%	0	0	0	0	0
Summe	alle Beschuldigten	10	100%	7	1	1	0	1
	Hauptbeschuldigte	8	100%	6	0	1	0	1

Tabelle 64A: Gerichtsurteile gegen die Angeklagten des nicht-ärztlichen medizinischen Personals mit rechtsmedizinisch festgestellten Pflegefehlern

Fallgruppe	Summe E	Fachrichtung	Urteil			
			Einstellung	Einstellung gegen Auflage	schuldig	unbekannt
Pflegefehler	18	nicht-ärztl. med. Personal	4	0	6	8

Tabelle 65A: Versorgungsstufe der betroffenen Krankenhäuser

betroffene Kranken- hausangestellte	Versorgungsstufe								Summe	
	I		II		III		IV			
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
hauptbeschuldigte Ärzte	43	47,8%	13	14,4%	25	27,8%	9	10,0%	90	100%
mitbeschuldigte Ärzte	25	58,1%	3	7,0%	9	20,9%	6	14,0%	43	100%
alle beschuldigten Ärzte	69	51,9%	16	12,0%	33	24,8%	15	11,3%	133	100%
Beschuldigte des nicht- ärztl. med. Personals	11	52,4%	3	14,3%	4	19,0%	3	14,3%	21	100%

1 Fall mit betroffenem Krankenhausarzt ohne nähere Angaben über die Klinik.

Die tatsächliche Zahl der hauptbeschuldigten Krankenhausärzte liegt somit bei 91.

Die tatsächliche Zahl aller beschuldigten Krankenhausärzte liegt somit bei 134.

Legende zu Tabelle 65A:

I = Krankenhaus der Grund- und Regelversorgung

II = Krankenhaus der Schwerpunktversorgung

III = Krankenhaus der Maximalversorgung

IV = keine Versorgungsstufe, sondern Fachkrankenhaus

Tabelle 66A: Träger der betroffenen Krankenhäuser

betroffene Kranken- hausangestellte	Träger								Summe	
	I		II		III		IV			
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
hauptbeschuldigte Ärzte	61	67,8%	5	5,6%	16	17,8%	8	8,9%	90	100%
mitbeschuldigte Ärzte	30	69,8%	2	4,7%	7	16,3%	4	9,3%	43	100%
alle beschuldigten Ärzte	91	68,4%	7	5,3%	23	17,3%	12	9,0%	133	100%
Beschuldigte des nicht- ärztl. med. Personals	15	71,4%	0	0%	4	19,0%	2	9,5%	21	100%

1 Fall mit betroffenem Krankenhausarzt ohne nähere Angaben über die Klinik.

Die tatsächliche Zahl der hauptbeschuldigten Krankenhausärzte liegt somit bei 91.

Die tatsächliche Zahl aller beschuldigten Krankenhausärzte liegt somit bei 134.

Legende zu Tabelle 66A:

Träger: 1 = öffentlich

2 = frei gemeinnützig

3 = privat

4 = Universität

Tabelle 67A: Träger der betroffenen Alten-/Pflegeheime

Träger	Anzahl	Prozent
öffentlich	2	3,2%
frei gemeinnützig	40	63,5%
privat	21	33,3%
Summe	63	100%

Gesamtzahl aller betroffenen Alten-/Pflegeheime 64.

1 Fall mit einem beschuldigten Angestellten eines Alten-/Pflegeheimes ohne Angabe über den Träger der Einrichtung.

Tabelle 68A: Rechtsmedizinische Beurteilung des Handelns der Angestellten von Alten-/Pflegeheimen

Beurteilung	Anzahl	Prozent
A	27	42,2%
B	7	10,9%
C	7	10,9%
D	11	17,2%
E	12	18,8%
Summe	64	100,0%

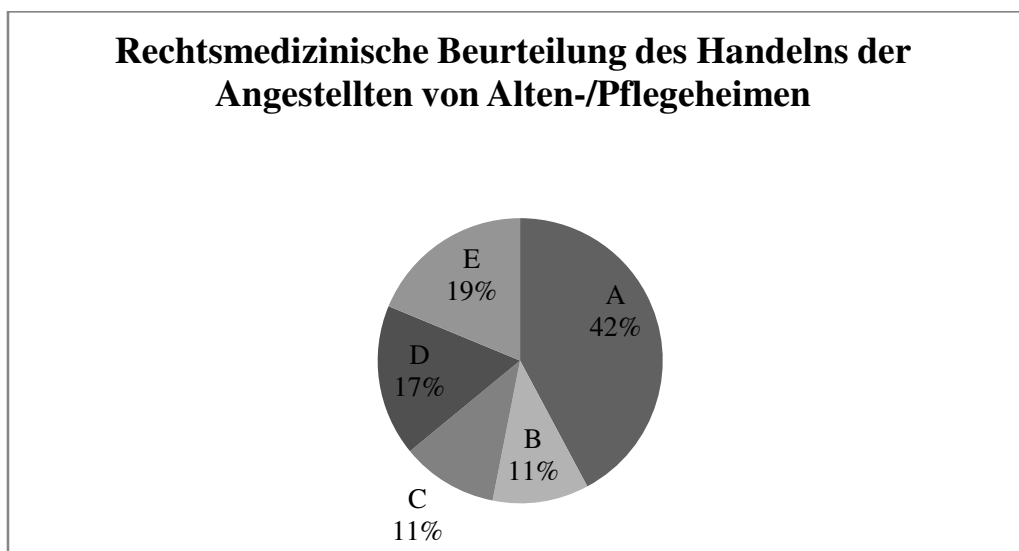


Abb. 10A

Tabelle 69A: Rechtsmedizinische Beurteilung des Handelns der hauptbeschuldigten Angestellten in Alten-/Pflegeheimen, bezogen auf den Träger der betroffenen Einrichtung

Beurteilung	Träger						Summe
	öffentlich		gemeinnützig		privat		
	n	%	n	%	n	%	n
A	0	0,0%	12	42,9%	9	56,3%	21
B	0	0,0%	3	10,7%	2	12,5%	5
C	0	0,0%	4	14,3%	0	0,0%	4
D	1	100,0%	5	17,9%	0	0,0%	6
E	0	0,0%	4	14,3%	5	31,3%	9
Summe	1	100,0%	28	100,0%	16	100,0%	45

Tabelle 70A: Rechtsmedizinische Beurteilung des Handelns der mitbeschuldigten Angestellten in Alten-/Pflegeheimen, bezogen auf den Träger der betroffenen Einrichtung

Beurteilung	Träger						Summe
	öffentlich		gemeinnützig		privat		
	n	%	n	%	n	%	n
A	0	0,0%	5	41,7%	1	20,0%	6
B	0	0,0%	1	8,3%	1	20,0%	2
C	0	0,0%	3	25,0%	0	0,0%	3
D	1	100,0%	1	8,3%	2	40,0%	4
E	0	0,0%	2	16,7%	1	20,0%	3
Summe	1	100,0%	12	100,0%	5	100,0%	18

Bei einem Mitbeschuldigten eines Alten-/Pflegeheimes mit Bewertung D keine näheren Angaben über das Alten-/Pflegeheim.

Tabelle 71A: Rechtsmedizinische Beurteilung des Handelns aller Krankenhaus-Pflegekräfte, bezogen auf den Träger des betroffenen Krankenhauses

Beurteilung	Träger								Summe
	öffentlich		gemeinnützig		privat		Universität		
	n	%	n	%	n	%	n	%	n
A	8	53,3%	0	0,0%	3	75,0%	1	50,0%	12
B	2	13,3%	0	0,0%	0	0,0%	1	50,0%	3
C	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0
D	5	33,3%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	5
E	0	0,0%	0	0,0%	1	25,0%	0	0,0%	1
Summe	15	100,0%	0	0,0%	4	100,0%	2	100,0%	21

Tabelle 72A: Rechtsmedizinische Beurteilung des Handelns aller Krankenhaus-Pflegekräfte, bezogen auf die Versorgungsstufe des betroffenen Krankenhauses

Beurteilung	Versorgungsstufe								Summe
	I		II		III		IV		
	n	%	n	%	n	%	n	%	n
A	7	63,6%	1	33,3%	2	40,0%	2	100,0%	12
B	2	18,2%	0	0,0%	1	20,0%	0	0,0%	3
C	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0
D	2	18,2%	2	66,7%	1	20,0%	0	0,0%	5
E	0	0,0%	0	0,0%	1	20,0%	0	0,0%	1
Summe	11	100,0%	3	100,0%	5	100,0%	2	100,0%	21

Tabelle 73A: Rechtsmedizinische Beurteilung des Handelns betroffener Personen des nicht-ärztlichen medizinischen Personals, die weder im Krankenhaus noch im Alten-/Pflegeheim angestellt waren

Beurteilung	n
A	6
B	2
C	0
D	0
E	5
Summe	13

Die 5 Beschuldigten, deren Handeln mit „E“ bewertet wurde, betreffen 3 Arzthelferinnen und 2 Pflegekräfte eines amb. Pflegedienstes.

Tabelle 74A: Rechtsmedizinische Beurteilung des Handelns aller betroffenen Ärzte, die in einem Krankenhaus angestellt waren

Beurteilung	n	%
A	88	65,7%
B	15	11,2%
C	1	0,7%
D	20	14,9%
E	10	7,5%
Summe	134	100,0%

Tabelle 75A: Gerichtsurteile gegen Angeklagte mit rechtsmedizinisch nachgewiesenem kausalen Behandlungsfehler, bezogen auf den Träger des Krankenhauses, in dem die betroffenen Personen angestellt waren

Gerichtsurteil	Krankenhausträger				Summe
	öffentlich	gemeinn.	privat	Universität	
schuldig	0	1	1	0	2
Einstellung gegen Auflage	2	0	2	0	4
Einstellung	3	0	0	0	3
unbekannt	1	0	1	0	2
Summe	6	1	4	0	11

Tabelle 76A: Gerichtsurteile gegen Angeklagte mit rechtsmedizinisch nachgewiesenem kausalen Behandlungsfehler, bezogen auf die Versorgungsstufe des Krankenhauses, in dem die betroffenen Personen angestellt waren

Gerichtsurteil	Krankenhaus Versorgungsstufe				Summe
	I	II	III	IV	
schuldig	1	0	0	1	2
Einstellung gegen Auflage	2	0	0	2	4
Einstellung	3	0	0	0	3
unbekannt	1	1	0	0	2
Summe	7	1	0	3	11

Tabelle 77A: Gerichtsurteile gegen Angeklagte mit rechtsmedizinisch nachgewiesenem kausalen Behandlungsfehler, bezogen auf den Träger des Alten-/Pflegeheims, in dem die betroffenen Personen angestellt waren

Gerichtsurteil	Träger			Summe
	öffentlich	gemeinn.	privat	
schuldig	0	0	3	3
Einstellung gegen Auflage	0	0	0	0
Einstellung	0	2	2	4
unbekannt	0	4	1	5
Summe	0	6	6	12

Die Daten der folgenden Tabellen 78A–83A sowie der Abbildung 11A wurden den Sektionsprotokollen entnommen.

Tabelle 78A: Anzahl der Sektionsprotokolle pro Jahr

Sektionen	
Jahr	Anzahl
2000	3
2001	16
2002	6
2003	13
2004	14
2005	21
2006	24
2007	18
Summe	115

Tabelle 79A: Geschlecht der Verstorbenen

Geschlecht	n	%
männlich	56	48,7%
weiblich	59	51,3%
Summe	115	100,0%

Tabelle 80A: Alter der Verstorbenen zum Zeitpunkt der Sektion

Alter	Anzahl
0-10	1
11-15	0
16-20	1
21-25	1
26-30	2
31-35	2
36-40	6
41-45	6
46-50	7
51-55	5
56-60	5
61-65	15
66-70	12
71-75	16
76-80	13
81-85	11
86-90	9
91-95	3
Summe	115

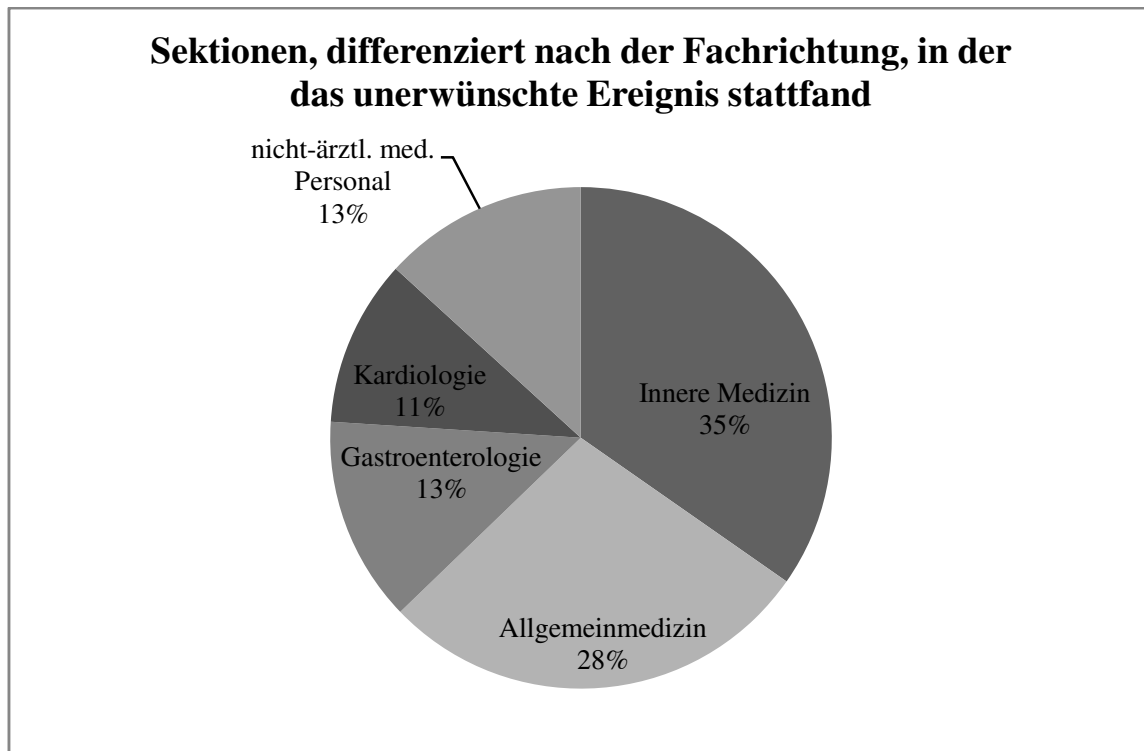
Mittelwert: 64,8 Jahre

Maximalwert: 94 Jahre

Minimalwert: 7 Jahre

Tabelle 81A: Anzahl der Sektionsprotokolle, differenziert nach der Fachrichtung, in der das unerwünschte Ereignis stattfand

Fachrichtung	n	%
Innere Medizin	42	34,7%
Allgemeinmedizin	34	28,1%
Gastroenterologie	16	13,2%
Kardiologie	13	10,7%
nicht-ärztl. med. Personal	16	13,2%
Summe	121	100%

**Abb. 11A****Tabelle 82A:** Differenzierung der betroffenen Personen des nicht-ärztlichen medizinischen Personals, bezogen auf deren Beschäftigungsverhältnis

Beschäftigungsverhältnis	n	%
Pflegekraft Alten-/Pflegeheim	8	50,0%
Pflegekraft Krankenhaus	5	31,3%
Pflegekraft ambulanter Pflegedienst	2	12,5%
häusliche Pflege durch Angehörige	1	6,3%
Summe	16	100%

Tabelle 83A: Bedeutung der Sektion für den Fortgang des Verfahrens

Verdacht des Behandlungsfehlers	n	%
durch Sektion entkräftet	72	62,6%
durch Sektion nicht entkräftet, mit Empfehlung Gutachten zu erstellen	43	37,4%
Summe	115	100%

Die Tabellen 1a bis 5a enthalten Daten aus den Dissertationen Schratzenstallers, Eckhardts, Spiros und Neumaiers. Dies dient dazu die Entwicklung der Gutachtertätigkeit seit den 1950er Jahren in den Fächern Innere Medizin, Allgemeinmedizin und in den Fällen des nicht-ärztlichen medizinischen Personals zu verdeutlichen.

Tabelle 1a: Anzahl der Beschuldigten von 1950 bis 1992 im Einzugsbereich der Rechtsmedizin München (vgl. Schratzenstaller U., 1994, S. 18, S. 22, S. 43; Neumaier R., 1979, S. 17 und Spiro C., 1982, S. 40)

Fachrichtung	1950–1975		1976–1978		1979–1981		1990–1992	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Allgemeinmedizin	44	19,9%	31	11,4%	35	15,0%	46	16,9%
Innere Medizin	35	15,8%	44	16,2%	20	8,5%	49	18,0%
Chirurgie	41	18,6%	66	24,3%	80	34,2%	61	22,4%
Gynäkologie	28	12,7%	24	8,8%	20	8,5%	26	9,6%
HNO	17	7,7%	3	1,1%	4	1,7%	4	1,5%
Anästhesie	6	2,7%	15	5,5%	8	3,4%	10	3,7%
Pädiatrie	16	7,2%	17	6,3%	11	4,7%	10	3,7%
Psychiatrie	4	1,8%	9	3,3%	6	2,6%	3	1,1%
nicht-ärztl. med. Personal	9	4,1%	32	11,8%	22	9,4%	23	8,5%
Sonstige	21	9,5%	31	11,4%	28	12,0%	40	14,7%
Summe	221	100%	272	100%	234	100%	272	100%

Innere Medizin mit allen Spezialisierungen.

Anzahl der Gutachten 1950–1975: 221

Anzahl der Gutachten 1976–1978: 187

Anzahl der Gutachten 1979–1981: 188

Anzahl der Gutachten 1990–1992: 241

Tabelle 2a: Anzahl der Beschuldigten des nicht-ärztlichen medizinischen Personals von 1976 bis 2007 im Einzugsbereich der Rechtsmedizin München (vgl. Spiro C., 1982, S. 40; Eckhardt W., 1983, S. 24 und Schratzenstaller U., 1994, S. 43)

Jahr	FKV	FT	FKV+ FT	Summe
1976	0	8	0	8
1977	1	12	0	13
1978	3	8	0	11
1979	2	5	0	7
1980	2	3	0	5
1981	4	6	0	10
1990	2	0	1	3
1991	3	5	0	8
1992	4	8	0	12
2000	5	4	0	9
2001	2	4	0	6
2002	4	5	1	10
2003	4	4	1	9
2004	4	4	1	9
2005	4	15	0	19
2006	6	11	1	18
2007	6	12	0	18

1950–1975 insgesamt 9 Fälle, die nicht nach Jahrgang eingeteilt wurden.

Tabelle 3a: Anzahl der Beschuldigten der Inneren Medizin und der Allgemeinmedizin von 1976 bis 2007 im Einzugsbereich der Rechtsmedizin München (vgl. Spiro C., 1982, S. 28; Eckhardt W., 1983, S. 10 und Schratzenstaller U., 1994, S. 18)

Jahr	Innere Medizin	Allgemeinmedizin
1976	8	7
1977	15	12
1978	21	12
1979	8	13
1980	7	9
1981	5	13
1990	10	17
1991	18	20
1992	21	9
2000	19	11
2001	12	11
2002	15	13
2003	25	8
2004	23	16
2005	15	8
2006	13	6
2007	15	13

Innere Medizin mit allen Spezialisierungen.

1950–1975: Innere insgesamt 35 Fälle. Allgemeinmedizin insgesamt 44 Fälle. Keine Einteilung nach Jahrgang.

Tabelle 4a: Rechtsmedizinische Beurteilungen von 1976 bis 2007 (vgl. Spiro C., 1982, S. 33, S. 40; Eckhardt W., 1983, S. 16 und Schratzenstaller U., 1994, S. 30)

Jahrgang	Fachrichtung	Beurteilung										Σ
		A		B		C		D		E		
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	
1976-1978	Innere Medizin	40	90,9%	1	2,3%	0	0,0%	2	4,5%	1	2,3%	44
	Allgemein- medizin	24	77,4%	0	0,0%	1	3,2%	5	16,1%	1	3,2%	31
	nicht-ärztl. med. Personal	20	62,5%	0	0,0%	2	6,3%	4	12,5%	6	18,8%	32
1979-1981	Innere Medizin	11	55,0%	0	0,0%	3	15,0%	6	30,0%	0	0,0%	20
	Allgemein- medizin	17	48,6%	3	8,6%	4	11,4%	8	22,9%	3	8,6%	35
	nicht-ärztl. med. Personal	8	36,4%	5	22,7%	0	0,0%	5	22,7%	4	18,2%	22
1990-1992	Innere Medizin	33	68,8%	4	8,3%	2	4,2%	7	14,6%	2	4,2%	48
	Allgemein- medizin	18	51,4%	6	17,1%	1	2,9%	8	22,9%	2	5,71%	35
	nicht-ärztl. med. Personal	9	39,1%	9	39,1%	1	4,3%	3	13,0%	1	4,3%	23
2000-2007	Innere Medizin	88	64,2%	14	10,2%	1	0,7%	23	16,8%	11	8,0%	137
	Allgemein- medizin	42	48,8%	8	9,3%	4	4,7%	22	25,6%	10	11,6%	86
	nicht-ärztl. med. Personal	45	45,9%	12	12,2%	7	7,1%	16	16,3%	18	18,4%	98

Tabelle 5a: Verteilung der Verdachtsmomente fahrlässige Körperverletzung und fahrlässige Tötung bei allen Beschuldigten der Inneren Medizin und Allgemeinmedizin in den Jahren 1990 bis 1992 und 2000 bis 2007 (vgl. Schratzenstaller U., 1994, S. 30)

Jahrgang	Fachrichtung	FKV		FT		FKV+FT		Summe
		n	%	n	%	n	%	n
1990–1992	Innere Medizin	15	31,3%	33	68,8%	0	0%	48
	Allgemeinmedizin	10	28,6%	25	71,4%	0	0%	35
2000–2007	Innere Medizin	25	18,2%	108	78,8%	4	2,9%	137
	Allgemeinmedizin	24	27,9%	61	70,9%	1	1,2%	86

9.3. Gesetzgebungen mit medizinrechtlicher Relevanz

Vertragliche Haftung:

§ 276 Abs. 1 S. 1 und 2 BGB: „Der Schuldner hat, sofern nicht ein anderes bestimmt ist Vorsatz und Fahrlässigkeit zu vertreten. Fahrlässig handelt, wer die im Verkehr erforderliche Sorgfalt außer Acht lässt.“

§ 280 BGB: „Verletzt der Schuldner eine Pflicht aus dem Schuldverhältnis, so kann der Gläubiger Ersatz des hierdurch entstehenden Schadens verlangen. Dies gilt nicht, wenn der Schuldner die Pflichtverletzung nicht zu vertreten hat.“

Deliktische Haftung:

§ 823 Abs. 1 und 2 BGB: „(1) Wer vorsätzlich oder fahrlässig das Leben, den Körper, die Gesundheit, die Freiheit, das Eigentum oder ein sonstiges Recht eines anderen widerrechtlich verletzt, ist dem anderen zum Ersatz des daraus entstehenden Schadens verpflichtet. (2) Die gleiche Verpflichtung trifft denjenigen, welcher gegen ein den Schutz eines anderen bezweckendes Gesetz verstößt. Ist nach dem Inhalt des Gesetzes ein Verstoß gegen dieses auch ohne Verschulden möglich, so tritt die Ersatzpflicht nur im Falle des Verschuldens ein“ (Bergmann und Wever 2009).

10. Danksagung

Herrn Prof. Dr. med. M. Graw gilt mein besonderer Dank für die Überlassung des Themas, die Anregungen zu dieser Arbeit sowie für die verständnisvolle Betreuung und die gezeigte Geduld bei den Korrekturen.

Meinem lieben Vater schulde ich Dank für seine fachliche Beratung und konstruktive Kritik sowie für seine Geduld bei auftretenden Fragen und Problemen stets für mich da gewesen zu sein.

Meiner lieben Mutter danke ich für ihre unermüdlichen Ermutigungen und ihr Vertrauen.

Meiner Lebensgefährtin Anna Rosendahl gilt mein Dank für das gezeigte Verständnis, die aufgebrauchte Geduld und die Hilfe beim Korrekturlesen.

Danken möchte ich auch den befreundeten Anwälten Anke und Theo Fleßner für ihren hilfreichen Rat bei juristischen Fragen.

Herrn Manfred Wimmer danke ich für die Hilfestellung bei der Datenauswertung.

Eidesstattliche Versicherung

Bellmann, Jan

Name, Vorname

Ich erkläre hiermit an Eides statt,

dass ich die vorliegende Dissertation mit dem Thema

Rechtsmedizinische Begutachtung wegen Verdacht auf Behandlungsfehler im Bereich der Inneren Medizin, der Allgemeinmedizin und des nicht-ärztlichen medizinischen Personals im Zeitraum 2000 bis 2007

selbständig verfasst, mich außer der angegebenen keiner weiteren Hilfsmittel bedient und alle Erkenntnisse, die aus dem Schrifttum ganz oder annähernd übernommen sind, als solche kenntlich gemacht und nach ihrer Herkunft unter Bezeichnung der Fundstelle einzeln nachgewiesen habe.

Ich erkläre des Weiteren, dass die hier vorgelegte Dissertation nicht in gleicher oder in ähnlicher Form bei einer anderen Stelle zur Erlangung eines akademischen Grades eingereicht wurde.

Heilbronn, 27.08.2017

Ort, Datum

Jan Bellmann

Unterschrift Doktorandin/Doktorand